



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



A Intervenção Psicomotora na Perturbação do Espectro do Autismo na Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Viseu (APPDA-Viseu)

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora no Ramo de Aprofundamento de Competências
Profissionais

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais:

Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Bruna Marisa Cunha Silva

2019

“Ensina-me de várias maneiras,
pois assim sou capaz de aprender.”

Agradecimentos

À Professora Doutora Paula Lebre pela disponibilidade e orientação ao longo dos meses
que caminhei nesta instituição.

À Dra. Prazeres Domingues por me ter aberto as portas desta família e ter me
proporcionado esta experiência única.

Ao Filipe Cruzeiro, orientador local, pelo apoio, pelas palavras e por esperar por
mim para tomar café e partilhar preocupações.

Aos restantes técnicos da APPDA-Viseu pela partilha de experiências, estratégias,
nos momentos mais complicados, histórias e carinho em momentos em que parecia que
não sabia o que fazer.

Aos meus pais pela paciência e apoio incondicional.

À minha irmã, Ana Clara, que me empresta materiais, ajuda nas explicações de
matemática e me ensina todos os dias o que é ter paciência.

À Iorga pelo amor, pelas visitas, pelo suporte e pelos conselhos para os materiais,
atividades e estratégias.

À Tânia e à Rosário pelos cafés, pela amizade e pelos momentos de
descontração ao fim do dia.

Por fim, aos mais importantes, às famílias, às crianças e adolescentes que me
tocaram nesta experiência, pela confiança e por me fazerem sentir parte da grande
família que é a APPDA-Viseu. Pelas birras, pelos choros, pelos momentos deitada no
chão, pelas gargalhadas, abraços e beijinhos. Obrigada por me transmitirem que este
caminho como psicomotricista foi o caminho certo a seguir!

Resumo

O presente relatório apresenta o culminar do estágio desenvolvido no ano letivo 207/2018, na Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo, em Viseu (APPDA-Viseu), com crianças e jovens com Perturbação do Desenvolvimento, mas com maior enfoque nas Perturbações do Espectro do Autismo (PEA). O estágio enquadra-se no ramo de aprofundamento de competências profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Numa primeira parte, o relatório engloba a caracterização da instituição, e uma revisão da literatura quanto às Perturbações do Espectro do Autismo e Reabilitação Psicomotora. Numa segunda parte é apresentado o trabalho desenvolvido, onde são descritos dois estudos caso de intervenção individual, um do género masculino e outro do género feminino, com onze e seis anos respetivamente. Para ambos é efetuada uma pequena descrição, assim como apresentados os instrumentos de avaliação, o plano de intervenção terapêutica e os resultados obtidos. Seguidamente são descritas as relações estabelecidas com os diversos profissionais, familiares e comunidade. Por fim, são estabelecidas conclusões face ao trabalho desenvolvido e perspetivas futuras.

Palavras-chave: Psicomotricidade, Intervenção Psicomotora, Perturbação do Espectro do Autismo, Perfil Funcional, Plano de Intervenção Terapêutico, Crianças, Estudos Caso, Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo – Viseu

ABSTRACT

This report presents the culmination of the stage developed in the 207/2018 school year, in the Portuguese Association for Developmental Disorders and Autism, in Viseu (APPDA-Viseu), with children and youngs with Developmental Disorder, but with a greater focus on Disorders of the Autism Spectrum (PEA). The internship is in the branch of professional skills development of the Master's Degree in Psychomotor Rehabilitation. In the first part, the report includes the characterization of the institution, and a review of the literature on Autism Spectrum Disorders and Psychomotor Rehabilitation. A second part presents the work developed, where two studies are described case of individual intervention, one male and the other female, with eleven and six years respectively. For both, a brief description is given, as well as the evaluation instruments, the therapeutic intervention plan and the results obtained. Below are described the relationships established with the various professionals, family and community. Finally, conclusions are drawn regarding the work developed and future perspectives.

Key-words: Psychomotricity, Psychomotor Intervention, Autism Spectrum Disorder, Functional Profile, Therapeutic Intervention Plan, Children, Case Studies, Portuguese Association for Developmental Disorders and Autism - Viseu.

Índice Geral

Introdução	4
Enquadramento da Prática Profissional	5
1 Caracterização da Instituição	5
1.1 Contexto histórico	5
1.2 Visão, Missão e Valores	5
1.3 Políticas Organizacionais	6
1.4 Funcionamento/Organograma.....	7
1.5 Valências e Serviços de Intervenção.....	7
1.6 Acolhimento na Associação	8
1.7 Relação com a Comunidade	8
2 Perturbação do Espectro do Autismo	10
2.1 Perfil Funcional	11
2.1.1 Comunicação e interação social	11
2.1.2 Padrões de comportamento, interesses ou atividades restritas e repetitivas	13
2.1.3 Perfil Psicomotor	14
2.2 Teorias explicativas das PEA	15
2.3 Intervenção nas PEA.....	17
2.3.1 A Applied Behavior Analysis (ABA).....	17
2.3.2 Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH)	18
2.3.3 Psicomotricidade	19
Realização da Prática Profissional	21
1 Organização do Estágio.....	21
1.1 Etapas de Estágio	21
1.1.1 Caracterização dos contextos de intervenção	21

1.1.2	Calendarização das atividades/horário de estágio;	23
2	Intervenção Terapêutica	24
2.1	Metodologia de Avaliação	24
2.1.1	Instrumentos de Avaliação	25
2.2	Intervenção Psicomotora.....	29
2.2.1	Caso 1: Y.L.....	30
2.2.2	Caso 2: P.H	39
3	Relação com outros profissionais, família e comunidade	53
	Conclusão	55
	Bibliografia.....	56
	Anexo A: Exemplo de Plano de Sessão, caso 1	61
	Anexo B: Exemplo de Plano de Sessão, caso 2	64
	Anexo C: Exemplo de Contrato de Comportamento	68
	Anexo D: Exemplo de Relatório de Observação, caso 1.....	69
	Anexo E: Exemplo de Relatório de Observação, caso 2.....	74
	Anexo F: Exemplo de Relatório de Intervenção	82
	Anexo G: Ficha de cotação PEP-3 (página 1)	84
	Anexo H: Ficha de cotação DAP (página 1)	85
	Anexo G: Ficha de cotação BPM (página 1).....	86

Índice de Tabelas

Tabela 1: Horário de Estágio APPDA-Viseu	23
Tabela 2: Casos Acompanhados	29
Tabela 3: Quantificação dos itens por subtestes do PEP-3, inicial	31
Tabela 4: Objetivos de Intervenção Caso 1 - Y.L.	34
Tabela 5: Quantificação dos itens por subtestes do PEP-3, final	38
Tabela 6: Perfil Psicomotor P.H., avaliação inicial	42
Tabela 7: Objetivos de Intervenção Caso 2 - P.H.	46

Índice de Figuras

Figura 1: O Próprio, DAP Inicial	40
Figura 2: Homem, DAP Inicial	40
Figura 3: Mulher, DAP Inicial	40
Figura 4: Desenho do corpo, BPM	44
Figura 5: Avaliação Inicial vs. Avaliação Final, BPM	49
Figura 8: Homem, DAP Final	52
Figura 6: Mulher, DAP Final	52
Figura 7: O Próprio, DAP Final	52

Introdução

O presente relatório enquadra-se no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (RPM), na Faculdade de Motricidade Humana (FMH) da Universidade de Lisboa. O estágio teve lugar na Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo (APPDA), em Viseu. Sendo uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) tem como principal objetivo a promoção da qualidade de vida a pessoas com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e outras Perturbações do Desenvolvimento e suas famílias. De acordo com o regulamento de estágio (RACP, 2016), os objetivos gerais do estágio passam por estimular o domínio do conhecimento na área da RPM, a nível científico e metodológico, promovendo a reflexão a nível multidisciplinar; promover a capacidade de planear, gerir e coordenar serviços e programas da RPM em vários contextos; desenvolver a capacidade de inovação na implementação de novos conhecimentos e práticas, com vista ao enquadramento profissional e científico da área. Os objetivos específicos consistem na promoção da aprendizagem e treino da atividade profissional, através de competências nos domínios da intervenção pedagógico-científica, também promoção da relação com outros profissionais e comunidade (RACP, 2016).

O presente relatório apresenta três capítulos fundamentais, o enquadramento da prática profissional, a realização da prática profissional e a conclusão. O primeiro capítulo engloba a caracterização institucional onde são descritos os seus valores, missão e contextos de atuação. Engloba ainda o enquadramento teórico, com enfoque na PEA, no que concerne ao perfil funcional, tendo em consideração os domínios que se encontram alterados nesta perturbação, assim como o perfil, psicomotor apresentado nestes indivíduos. São abordadas igualmente neste capítulo teorias explicativas e métodos de intervenção, nomeadamente o método Applied Behavior Analysis (ABA) e a psicomotricidade, com maior enfoque na intervenção psicomotora e a relação com esta população. No segundo capítulo será apresentada a prática profissional, com a organização do estágio, a intervenção pedagógico-terapêutica – com as metodologias de avaliação utilizadas, apresentação da população-alvo e estudos de caso descritivos – de seguida, apresentada a relação com outros profissionais, comunidade e família das crianças, tal como atividades complementares realizadas e, por fim, as dificuldades e limitações sentidas durante todo o processo de intervenção.

Para finalizar, num terceiro capítulo, serão apresentadas as conclusões e perspetivas de futuro, onde se encontrará uma vertente reflexiva sobre o trabalho realizado.

Enquadramento da Prática Profissional

1 Caracterização da Instituição

1.1 Contexto histórico

A Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo – Viseu (APPDA-V) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) de utilidade pública, constituída a 22 de fevereiro de 2003, com o objetivo de promover a qualidade de vida das crianças, jovens e adultos com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) e suas famílias. Anteriormente à sua constituição, apenas existia o núcleo de Delegação de Coimbra da APPDA desde 1998 (APPDA-Viseu, s.d.; APPDA-Viseu, 2014).

Aquando da reformulação ocorrida a nível nacional da APPDA, com uma consequente automatização das diversas Delegações (Lisboa, Coimbra e Porto), constituindo-se a associações, o núcleo de Viseu passou pelo mesmo processo, tornando-se uma associação (APPDA-Viseu, 2014).

Financeiramente, a APPDA-Viseu conta com a donativos, cotas dos sócios, peditórios e alguns projetos financiados por entidades de caris social. Desde outubro de 2015, a APPDA tem um acordo com a Segurança Social para um Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social (CAARPD), onde se encontram 15 dos seus clientes mais carenciados, sendo desta forma apoiados pela Segurança Social, no entanto no CAARPD encontram-se inscritas 85 clientes (APPDA-Viseu, 2015).

1.2 Visão, Missão e Valores

A APPDA-Viseu visa ser uma referência no acolhimento, tratamento e desenvolvimento das crianças, jovens e adultos com PEA, assim como das suas famílias, na região de Viseu (APPDA-Viseu, s.d., 2014). Deste modo, procura contribuir na prestação de serviços multidisciplinares focados na pessoa com PEA e na sua família (APPDA-Viseu, s.d., 2014).

Como tal, a sua missão passa por contribuir para o desenvolvimento pessoal, emocional, social e da autonomia, através de uma equipa multidisciplinar, que proporcionam, desta forma, uma melhor qualidade de vida e uma rede de apoios de apoios e instrumentos aos familiares das pessoas com PEA (APPDA-Viseu, s.d., 2014). Simultaneamente visa um papel de sensibilização e consciencialização da sociedade, através da realização de eventos junto da comunidade, para aumentar o conhecimento dos

cidadãos acerca da problemática (APPDA-Viseu, s.d., 2014). Neste seguimento, a instituição rege-se por cinco princípios e valores (APPDA-Viseu, s.d., 2014):

- ✓ Respeito pela diferença e pela dignidade das pessoas
- ✓ Defesa da inclusão e da não discriminação
- ✓ Promoção da solidariedade e do associativismo
- ✓ Defesa da igualdade de oportunidades e da partilha
- ✓ Seriedade, afetividade, rigor e competência
- ✓ Reforçar a imagem positiva da Instituição junto da comunidade.

1.3 Políticas Organizacionais

A APPDA-Viseu rege-se por cinco políticas organizacionais que, tendo em consideração os valores que defende, são fundamentais para alcançar a sua missão supramencionada. Essas políticas são a política de qualidade (APPDA-Viseu, 2017), política de recrutamento e retenção da APPDA-Viseu, política de prevenção da negligência, abusos e maus tratos, política da confidencialidade e, política de participação e envolvimento (APPDA-Viseu, 2013).

A Política de Qualidade presa satisfaz o compromisso estabelecido com os clientes da APPDA-Viseu, assegurando o cumprimento da legislação e regulamentos em vigor, dando respostas adequadas às necessidades e expectativas dos seus clientes, motivando os colaboradores para a existência de dinâmicas de sucesso, ... e reforçando uma imagem positiva junto da comunidade (APPDA-Viseu, 2013).

A Política de Recrutamento e Retenção na APPDA-Viseu (, 2013), tem como principais objetivos garantir que a incorporação de novos colaboradores ocorre de forma preponderada, tendo em consideração que as capacidades e competências vão ao encontro das necessidades da instituição. De forma a garantir os aspetos mencionados, são dadas as mesmas oportunidades a todos os candidatos, valorizados os potenciais individuais de cada sujeito e direito de personalidade, garantindo a confidencialidade.

No que concerne à Política de Prevenção da Negligência, Abusos e Maus Tratos, a APPDA-V respeita os Direitos expressos na convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, comprometendo-se a promover os mesmos, a realização de ações de sensibilização e formação aos colaboradores sobre negligências, abusos e maus tratos; prevenir os fatores de risco e promover fatores de proteção; não compactuar com qualquer forma de abuso, negligência e maus tratos (APPDA-Viseu, 2013).

A Política da Confidencialidade refere que a APPDA-Viseu se compromete em cumprir com a legislação vigente sobre a Confidencialidade e Proteção de Dados, adotando regras e métodos que vão ao encontro dessa necessidade, promovendo o cumprimento do código de ética e procedimento de confidencialidade, assegurando sempre que os dados apenas são recolhidos para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (APPDA-Viseu, 2013).

Por fim, a Política de Participação e Envolvimento, estabelece o cumprimento de um procedimento descritivo das formas de participação e envolvimento (APPDA-Viseu, 2013).

1.4 Funcionamento/Organograma

A equipa técnica da associação é constituída por uma diretora técnica; duas psicólogas, uma aplica a terapia ABA; uma educadora social que aplica terapia ABA, uma terapeuta da fala, um técnico de desporto e atividade física; uma auxiliar de serviços gerais/motorista; uma professora de ensino especial, duas estagiárias de educação social; e uma estagiária de psicomotricidade (APPDA-Viseu, s.d.). Da parceria com o Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), usufruem de uma Terapeuta Ocupacional, assim como de consultas na Pedopsiquiatria (APPDA-Viseu, s.d.).

Para além da equipa referenciada colaboram um grande grupo de voluntários, de forma regular e com grande disponibilidade, que ao longo do ano apoiam as diversas atividades e iniciativas (APPDA-Viseu, s.d.).

1.5 Valências e Serviços de Intervenção

Das várias áreas de intervenção da APPDA-Viseu destacam-se a Saúde/Reabilitação, a educação, a intervenção familiar e a intervenção social e comunitária. Assim, as suas valências passam por um Serviço de apoio multidisciplinar centrado na criança e na família (S.I.A.C.) e pelo Centro de Promoção de Autonomia e Reabilitação (C.P.A.R.).

No que se relaciona com os serviços de intervenção prestados, os utentes podem usufruir de **Pedopsiquiatria**, em protocolo com o Departamento de Psiquiatria do Hospital S. Teotónio (consultas de diagnóstico, consultas de famílias e irmãos e apoio escolar/professores), **Terapia Ocupacional**, em protocolo com o Departamento de Psiquiatria do H.S.T. (equitação terapêutica, hidroterapia e terapia com computadores), **Psicologia** (apoio psicológico às famílias, apoio escolar/Professores e, treino de Autonomia e Competências Sociais),

Psicomotricidade (individual e em grupo), **Terapia da Fala, Musicoterapia, Dançaterapia, Apoio escolar/pedagógico** (apoio na realização de trabalhos de casa e apoio escolar), entre outras atividades (formação de profissionais, ações de formação, atividades de férias, etc.) (APPDA-Viseu, s.d.).

1.6 Acolhimento na Associação

O regulamento interno da APPDA-Viseu (2012) estabelece regras gerais para os serviços prestados aos clientes que a frequentam, nomeadamente: na Inscrição dos clientes; Admissão e Avaliação Diagnóstica; Avaliação das necessidades e potencialidades do cliente; Elaboração/aplicação/monitorização do PI (Plano Individual); Cuidados em situação de emergência; Intervenção terapêutica; Transporte de clientes.

Os clientes são encaminhados através de diversos meios, desde agentes de saúde, educacionais e da comunidade em geral, em especial através de pediatras, psicólogos, pedopsiquiatras e psiquiatras, professores, médicos de família, técnicos de intervenção precoce, ou por iniciativa dos seus familiares.

De forma geral, é marcada uma primeira entrevista com os familiares do cliente, onde, caso exista interesse e informações prévias, fazer uma consulta de avaliação com a Diretora Técnica e com técnicos da APPDA-Viseu. Caso seja acordado pelas partes (cliente/representante legal e instituição) a necessidade de apoio e aceite as condições, é preenchida a Ficha de Inscrição de Sócio (condição obrigatória para prossecução do serviço) e feito o Pedido de Consulta para Pedopsiquiatria/Psiquiatria para avaliação, diagnóstico e apuramento da admissibilidade do cliente de acordo com os critérios do Regulamento Interno. É assinado o Contrato e Inscrição das atividades, bem como estabelecido o horário e assinados todos os documentos necessários à efetividade da prestação de serviços. Deste modo, inicia-se a abertura do Processo Individual do Cliente, definindo os objetivos estratégicos de intervenção em cada área a trabalhar (APPDA-Viseu, 2012, 2014).

1.7 Relação com a Comunidade

A APPDA-Viseu tem uma vasta rede de parceiros, que lhe permite desenvolver a sua atividade em contextos de vida real, nos diversos concelhos, na sua área de intervenção, dos quais se destacam (APPDA- Viseu, s.d., 2015):

a) Centro Hospital Tondela-Viseu (CHTV): contribui com 1) Dispensa do Pedopsiquiatra com uma carga horária mensal de oito horas para consultas familiares e de

irmãos, idas à escola, entre outras atividades; 2) Dispensa da psicóloga com uma carga horária mensal de oito horas para supervisionamento de atividades; 3) Dispensa da terapeuta ocupacional com uma carga horária mensal de seis horas para coordenação e desenvolvimento de terapias; 4) Dispensa da técnica de serviço social com uma carga horária mensal de oito horas para informação e apoio a famílias mais carenciadas; 5) Cedência de salas na ala esquerda do 2º andar do departamento de psiquiatria, para o desenvolvimento de atividades de atendimentos e reabilitação das pessoas com autismo e das suas famílias;

b) várias escolas, locais onde os seus clientes estão integrados com vista a que a intervenção terapêutica seja feita dentro do ambiente escolar, nomeadamente, acompanhamento direto dentro da sala do ensino regular.

c) Câmara Municipal de Viseu, apoia a APPDA em termos financeiros e logísticos, sendo um parceiro indispensável para a execução de alguns projetos;

d) Câmaras Municipais de outros Concelhos, que prestam apoio a nível financeiro e logístico.

e) IBILI (Instituto Biomédico de Investigação da Luz e da Imagem), que ajuda na investigação da problemática do autismo e onde os clientes da APPDA participam em estudos, nomeadamente, na aplicação dos Treinos Avatar;

f) empresas locais que permitem apoio financeiro e apadrinhamento de crianças e terapias;

g) entre outros, que se revelam fundamentais.

2 Perturbação do Espectro do Autismo

O termo Autismo aparece na história pela primeira vez em 1911, por Eugen Bleuler, como forma de retratar uma característica específica relacionada com a esquizofrenia, relacionada com um défice na interação social (Frith, 2003; Ferreira e Oliveira, 2016). Porém, apenas em 1943, este é utilizado para designar uma perturbação, observada em onze crianças, com problemas severos no contacto afetivo, dificuldades nas mudanças de rotina e estereotípias motoras, pelo médico Leo Kanner (Frith, 2003; Paquet Ollia, Golse e Vaivre-Douret, 2015; Ferreira e Oliveira, 2016).

Apenas um ano após a utilização clínica, Hans Asperger, utiliza o termo de forma a retratar casos com problemas na interação social e com interesses restritivos, aspetos observados também por Kanner, porém com um quociente de inteligência superior à média (Frith, 2003).

Assim, ao longo dos tempos esta terminologia foi sofrendo alterações, sendo que atualmente a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) está, segundo o DMS-5, integrada nas perturbações do neurodesenvolvimento, sendo apresentados défices em dois níveis, da comunicação e interação social, e nos padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos e repetitivos (American Psychiatric Association [APA], 2013; Ferreira e Oliveira, 2016). Tendo em consideração os défices nos dois domínios sintomáticos a PEA apresenta diferentes magnitudes (Autism and the Built Environment, 2011; APA, 2013). De acordo com o DSMS-5 a PEA engloba o que anteriormente eram consideradas variantes das PEA, nomeadamente síndrome de Asperger, síndrome de Rett, autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo atípico, autismo de alto funcionamento, a perturbação desintegrativa da segunda infância, e perturbação do desenvolvimento sem outra especificação (Paquet et. al, 2015).

Segundo Lima (2012), as principais características desta perturbação estão associadas com a presença de um desenvolvimento acentuadamente anormal ou deficitário na interação e comunicação social, bem como com um repertório restrito de atividades e interesses (APA, 2013). Por outro lado, salienta-se que as manifestações variam muito em função do nível de desenvolvimento e da idade cronológica de cada indivíduo (Baranek, 1999, APA, 2013).

2.1 Perfil Funcional

Considerando os princípios da intervenção baseado no perfil individual de cada sujeito, torna-se, não só indispensável compreender a sua singularidade assim como características e dificuldades comitentes nesta perturbação. Este aspeto torna-se essencial para que algumas das sintomatologias sejam tidas em consideração e não esquecidas e atenuadas por momentos de dissimilação.

2.1.1 Comunicação e interação social

Algumas das manifestações da PEA verificam-se precocemente, na interação bebé-adulto e bebé-meio, e.g., não sorrir em resposta ao sorriso dos pais, incapacidade de acompanhar o olhar, não apontar, não procurar partilha social, como mostrar ou trazer objetos para partilha de interesses (Lima, 2012; APA, 2013), fuga ao contacto física e ausência de vocalizações (Filipe, 2012).

Na interação social Lima (2012 citado por Perturbações do Espectro do Autismo) destaca que, existe uma dificuldade em compreender que as pessoas têm pensamentos e sentimentos independentes dos seus, o que se traduz numa dificuldade no partilhar, demonstração de empatia, capacidade de confortar o outro, e consequentemente dificuldade em estabelecer e manter amizades (Johnson, Myers e Council, 2007). Também a ausência ou reduzida tentativas de interação, as dificuldades nas reações a emoções e partilha das mesmas levam a uma pobre interação social (Frith, 2003; APA, 2013)

Durante a idade pré-escolar é frequente observar crianças com PEA a brincarem sozinhas durante longos períodos, devido à dificuldade em respeitar regras sociais, na adesão a jogos complexos de grupo e na cooperação (Johnson, Myers e Council 2007; Filipe, 2012). Neste seguimento, a partir desta idade torna-se mais evidente a ausência de jogos simbólicos, havendo um transfer para jogos sensoriomotores ou ritualizados, e.g. colocar os brinquedos na boca ou abana-los, a dificuldade em aceitar mudança, interesses restritos e obsessivos, devido a um aumento da necessidade de socializar com os pares (Johnson et al., 2007; Filipe, 2012; Lima, 2012 in Perturbação do Espectro do Autismo). Em síntese, quando são mais pequenas, as crianças apresentam pouco ou mesmo inexistência de jogo social partilhado e de imagética, sendo que mais tarde é observável uma persistência em regras fixas e inflexibilidade (Johnson et al., 2007; APA, 2013)

A nível da comunicação verifica-se por vezes uma regressão da linguagem ou mesmo um atraso na aquisição da fala, ocorrendo uma aquisição da linguagem verbal tardia, anómala ou inexistente (Filipe, 2012; Lima, 2012; APA, 2013). Este aspeto deve-se

a dificuldade na pragmática relaciona-se com dificuldades na atenção compartilhada, função que preditor de ganhos, a longo prazo, na linguagem expressiva (Chiang, Soong, Lin e Rogers, 2008; Ishihara, Tamanaha e Perissinoto, 2016)

Aquando de um discurso adequado, é passível de se observar uma acentuada incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversação, uso estereotipado ou repetitivo da linguagem idiossincrática, linguagem literal, ou mesmo, fraca compreensão do discurso (Lima, 2012 in *Perturbação do Espectro do Autismo*; APA, 2013). Nestes casos, em que existe uma PEA com severidade moderada, o discurso muitas vezes não é fluente, funciona ou apresenta intencionalidade comunicativa (Johnson et. al, 2007), reforçando que a pragmática, é o domínio da comunicação mais afetado, independentemente das restantes componentes se encontrarem intactas, i.e., fonologia, sintaxe e semântica (APA, 2013; Reis, Pereira e Almeida, 2016). Noutros casos verificam-se formas de comunicação não convencionais, como manipulação ou grito, que são usados de forma exclusiva para pedir ou rejeitar ações e objetos, focando a comunicação na regulação do comportamento do outro em vez de usar para chamar a atenção ou orientar a atenção do outro para algo que permita a partilha (Caldeira da Silva et al., 2003 cit in Reis et al., 2016; Wetherby e Prutting, 1984 cit in Reis et al., 2016). Face a indivíduos com PEA de alto funcionamento, as maiores dificuldades nesta área do desenvolvimento focam-se na interpretação de metáforas, comentários sarcásticos e humorísticos, expressões idiomáticas e na compreensão das dicas não verbais da uma conversação, uma vez que tendem a efetuar uma interpretação literal da mensagem, sem realizar inferências atreves do reconhecimento e da atribuição de estados mentais aos interlocutores (Ishihara et al., 2016). Diversos estudos demonstram que existe uma dificuldade na interpretação da ambiguidade lexical, ou seja, em mensagens de duplo sentido, uma vez que apresentam um conhecimento semântico pobre e pouco desenvolvimento de representações mentais dos estímulos verbais (Lewis, Murdoch e Woodyatt, 2017 cit in Ishihara et al., 2016; Ishihara et al., 2016). Estas dificuldades são ainda influenciadas pelas experiências partilhadas reduzidas, à dificuldade em compreender estados mentais dos outros e na empatia (Frith, 2003).

No que concerne à comunicação não-verbal, as maiores dificuldades dizem respeito à compreensão, i.e., no processamento da informação, à expressão, à utilização do gesto, quer seja este natural ou codificado (Caldeira da Silva et al., 2003 cit in Reis et al., 2016). Além das dificuldades de compreensão, existe um uso desajustado ou mesmo ausência de contacto visual, expressão facial ou mesmo orientação corporal (APA, 2013). Desta forma, devido às dificuldades na comunicação verbal e não-verbal, a comunicação social

recíproca encontra-se comprometida, mais especificamente na procura do outro e na intencionalidade da comunicação (Frith, 2003; APA, 2013).

Em muitas crianças com PEA é possível verificar ecolalias, uma linguagem repetitiva com imitação retardada ou imediata de algo que ouviram (Reis et. al, 2016) que pode ser observada em forma de pedido tendo uma intenção comunicativa parcial (Frith, 2003; Eigsti et. al, 2011 cit in Reis et. al, 2016) ou de comportamento estereotipado (Frith, 2003).

2.1.2 Padrões de comportamento, interesses ou atividades restritas e repetitivas

Relativamente aos comportamentos e interesses restritos e repetitivos, podem englobar estereotipias motoras simples (e.g. movimentos das mãos e dos dedos), uso repetitivo de objetos (e.g. brinquedos) e fala repetitiva (e.g. ecolalia com ou sem funcionalidade, uso de pronomes pessoais desadequados e uso estereotipado de padrões prosódicos) (APA, 2013; Ishihara et. al, 2016). Ainda, se verifica rejeições e restrições relativamente ao paladar, cheiros, texturas ou mesmo o aspeto visual da comida (APA, 2013), ou mesmo resistência a rotinas, necessitando de seguir determinadas regras, ou padrões de comportamento verbais e não verbais, deste repetir constantemente as mesmas questões ou realizar uma tarefa sempre da mesma maneira (APA, 2013). Pode ainda se verificar comportamentos como andar em bicos de pés, cheirar e lamber objetos, em que todos estes comportamentos podem variar face ao foco ou intensidade (Johnson et. al, 2007; APA, 2013). Algumas das rotinas ou interesses podem estar associados à híper ou hiposensibilidade a um determinado estímulo (APA, 2013).

Comportamentos de autoagressão estão mais associados a alturas de frustração, fadiga, ansiedade em novas situações e ambiente (Johnson et.al, 2007), que segundo Frith (2003) poderá ser devido a uma procura de estimulação sensorial intensa e não propriamente ligados à dor. Estes comportamentos podem passar por bater com a cabeça no chão ou parede, ou morder, sendo mais comum em diagnósticos com comorbidade com a DID (Johnson et. al, 2007). Os movimentos estereotipados, perante o reatado por Frith (2003) podem estar relacionados com a regulação interna, controlo e estruturação do individuo perante situações de maior tensão.

Em suma, estes comportamentos não são perigosos, na sua maioria, para o próprio ou envolventes, contudo interferem no quotidiano e nos processos de aprendizagem (Johnson et. al, 2007).

2.1.3 Perfil Psicomotor

Apesar das dificuldades motoras não serem um critério de diagnóstico, estudos sugerem que os problemas motores estão presentes nas pessoas com PEA (Teitelbaum, Teitelbaum, Nye, Fryman, Maurer, 1998 cit in Djiuk et al., 2007; Paquet et al., 2015). Saliente-se que este aspeto era já corroborado em 1943 por Kaner (cit in Paquet et. al, 2015). Autores referem assim que as crianças observadas apresentavam uma marcha e motricidade global com fraco desempenho, dificuldades tónicas, especialmente na passividade, com hipotonia e hiperlaxidade (Djiuk et al., 2007; Shetreat-Klein, Shinnar e Rapin, 2014). De modo geral, no que diz respeito ao domínio psicomotor, crianças com PEA apresentam características particulares, nomeadamente problemas na motricidade global (e.g. coordenação e equilíbrio), dificuldades na praxia fina (e.g. coordenação oculomanual), bem como uma lateralidade mal definida (Paquet et al., 2015). Tendo por base diversos estudos, é possível verificar alterações na aquisição de diversas capacidades motoras, mais especificamente em sequências motoras, e.g., gatinhar, andar (Teitelbaum et al., 1998 cit in Djiuk et. al, 2007; Ferreira e Oliveira, 2016). Autores como Rogers Bennetto, McEvoy e Pennington em 1996, ou Mostofsky, Dubey, Jerath, Jansiewicz, Goldberg e Denckla em 2006 (cit in Djiuk et al., 2007) relatam dificuldades na imitação de gestos motores específicos, podendo levar a problemas na aquisição de representações sensoriais de um movimento, o que consequentemente à planificação de sequências motoras para a execução do mesmo movimento.

Estudos efetuados, como o de Rinehart, Tonge, Bradshaw, et al. (2006, cit in Paquet et al., 2015), reforçaram as dificuldades na locomoção, tendo observado uma coordenação no andar pobre e pouco fluida, com posturas dos braços e tronco desapropriadas. Neste sentido os indivíduos apresentam passadas mais pequenas, com uma base de sustentação maior, i.e., pés afastados, de forma a aumentar o equilíbrio, ocorrendo simultaneamente uma reduzida mobilidade articular durante este tipo de locomoção, com dificuldades, também, no equilíbrio em marcha sobre uma linha reta (Nobile et. al.; Paquet et al., 2015). Os diversos estudos relacionados com a locomoção revelaram que os indivíduos com PEA têm dificuldades não só na execução motora, assim como no planeamento motor (Nobile et al., 2011; Paquet et al., 2015).

No que concerne ao controlo postural, indivíduos com PEA apresentam, como supramencionado, dificuldades derivadas ao equilíbrio, em que nestes sujeitos está bastante dependente da visão, sendo que aquando da ausência desta apresentam uma maior dificuldade na estabilidade postural (Minshew, Sung, Jones e Furman, 2004). Outros autores reforçam que estes indivíduos apresentam com frequência apraxia, hipotonia e passividade que estão muitas vezes associadas a dificuldades na motricidade global e fina (Ming, Brimacombe e Wagner, 2007).

Alguns estudos referem ainda que a lateralidade é outro fator com interferência ou atraso na sua definição havendo alterações relativamente aos proprioceptores e telereceptores influenciando outras competências como a escrita, destreza manual e mesmo a linguagem (Preslar, Kushner, Marino e Pearce, 2014 cit in Paquet, Golse, Girard, Olliac e Vaivre-Douret, 2017).

Referente à noção do corpo, existe uma complexidade para estes indivíduos na proprioção, i.e., localização do corpo, ou partes do corpo no espaço (Conson, Mazzarella e Donnarumma, 2012; Conson et. al, 2013), comprometendo as habilidades imitativas (Conson et al., 2013)

Relativamente à praxia fina, mais precisamente à destreza manual alguns estudos apontam para dificuldades desta ordem, ligadas a défices no processo percepção-ação (Whyatt e Craig, 2012), necessitando que indivíduos com PEA tenham de executar movimentos lentos em tarefas de maior complexidade, e.g, tarefas visuomotoras, para obtenção de melhores resultados (Paquet et al., 2015).

2.2 Teorias explicativas das PEA

A expressão das PEA é bastante heterogénea, aspeto verificado logo pela sua própria denominação, *Espetro*. Da mesma forma não existe uma teoria explicativa única, mas sim um conjunto de teorias que explicam algumas dificuldades, porém não todas. Assim existem teorias que pretendem esclarecer as dificuldades na pragmática, na interação social (teoria da mente), nas funções executivas e resolução de problemas (teoria das funções executivas), na atribuição de significado global de informações perante um determinado contexto (teoria da coerência central) (Rajendran e Mitchell, 2007; Levy, Mandell e Schultz, 2009).

Seguindo as dificuldades que os indivíduos com PEA apresentam, serão apresentadas três teorias que pretendem explicá-las, a Teoria da Mente, a Teoria das Funções Executivas e a Teoria da Coerência Central.

A Teoria da Mente (TM) pretende explicar a capacidade de atribuir estados mentais, i.e., crenças, desejos e pensamentos, aos demais de modo a antecipar comportamentos em determinado contexto social (Bosa, 2001; Rajendran e Mitchell, 2007). É uma capacidade psicológica em que ocorre a atribuição de estados mentais ao outro que podem ser divergentes do próprio (Chevallier, 2013). Deste modo, Baron-Cohen em 1993 (cit in Bosa, 2001) refere que os indivíduos com autismo apresentam comprometimento nesta capacidade de atribuição de estados mentais divergentes dos seus, o que explica as suas dificuldades na interação social e na pragmática, não tendo capacidade de comunicar com os outros sobre as crenças e desejos, entre outros estados mentais, ou mesmo em dar significado aos pensamentos e comportamentos (Bosa, 2001; Levy, 2007; Chevallier, 2013). Esta teoria foi considerada perante as dificuldades acima mencionadas, em tarefas de falsa crença (Bosa, 2001; Chevallier, 2013), na compreensão de pensamentos de personagem e antecipação do seu comportamento (Bosa, 2001; Rajendran e Mitchell, 2007). De forma resumida esta dificuldade em compreender a perspetiva dos outros traduz-se num comprometimento do desenvolvimento social, na imitação e na empatia (Chevallier, 2013)

A Teoria das Funções Executivas (TFE) baseia-se nas funções executivas (FE), isto é, nas competências que são necessárias para resolução de problemas, como meio para atingir um objetivo futuro específico (Rajendran e Mitchell, 2007; Solomon, 2013; Czermainski, Riesgo, Guimarães, Salles e Bosa, 2014). Estas englobam o planeamento, a flexibilidade cognitiva, a memória de trabalho e a inibição de respostas insignificantes, que são essenciais para a resolução de problemas (Bosa, 2001; Solomon, 2013; Jurado e Rosselli, 2007 cit in Czermainski et. al, 2014). Seguindo estes pilares Bosa (2001) e Solomon (2013) referem que a TFE considera que os comportamentos dos sujeitos com PEA são similares aos de indivíduos com lesões corticais frontais, desde alterações na atenção compartilhada, na memória de trabalho e na avaliação de valores sociais (Elinger e Damásio, 1985 cit in Bosa, 2001). Tendo por base as componentes das FE a grande dificuldade rege-se na flexibilidade cognitiva que impossibilita uma alternância de pensamentos facilitada, uma resolução de problemas e atenção compartilhada especialmente entre módulos sensoriais distintos (Solomon, 2013).

A Teoria da Coerência Central (TCC), estabelecida por Frith em 1989, permite explicar a complexidade da junção das partes para formar um todo coerente, em que através de pequenas partes de informação se forma um todo que é provido de significado face ao contexto que os indivíduos com PEA experienciam (Bosa, 2001; Frith, 2003; Rajendran e Mitchell, 2007). Isto porque têm uma enorme tendência para processar a informação focada no detalhe, perdendo pistas que poderiam indicar o verdadeiro sentido do todo (Happé e Frith, 2006; Rajendran e Mitchell, 2007; Ishihara et. al, 2016). Esta teoria acaba por explicar algumas características das PEA que a TM não consegue explicar, principalmente os padrões de comportamento, interesses e atividades restritivas e repetitivas (Happé, 1997). Ocorre uma fraca coerência central, com uma visão fragmentada, sem uma associação das partes a uma imagem completa, havendo uma falta de generalização (Happé, 1997; Frith, 2003; Happé e Frith, 2006)

Em suma não existe apenas uma teoria que explique as dificuldades que estes indivíduos têm, mas sim várias teorias que se complementam umas às outras, de modo a explicar as características da população com PEA. Semelhantemente a um triângulo temos num vértice a TM que procura esclarecer as dificuldades na interação social, principalmente na empatia comportamentos (Bosa, 2001; Levy, 2007; Chevallier, 2013), em outro a TFE para explicar as características comportamentais, de planeamento e de falta de inibição de respostas insignificantes, por fim (Bosa, 2001; Solomon, 2013; Jurado e Rosselli, 2007 cit in Czermainski et. al, 2014), num terceiro vértice encontrasse a TCC que nos elucida face os interesses restritivos, atenção ao detalhe e dificuldades na generalização (Happé, 1997).

2.3 Intervenção nas PEA

Tendo por base as intervenções da população em contacto, será abordada a intervenção Psicomotora assim como a Applied Behavior Analysis (ABA) e a intervenção Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH), de forma a melhor compreender as estratégias e ajudas utilizadas. Este aspeto torna-se bastante importante e crucial para que ocorra um transfer para os diversos contextos de intervenção em que se encontram.

2.3.1 A Applied Behavior Analysis (ABA)

A Applied Behavior Analysis (ABA) é uma metodologia de intervenção que tem por base os princípios do behaviorismo, que com validade científica se tem revelado com uma forte

eficácia na intervenção com crianças com PEA (Autism Speaks, 2012; Dyer, 2013; APPDA-Viseu, 2014). A sua base centra-se na aprendizagem por condicionamento operante, com a introdução de diversos tipos de reforços, e.g. imediatos, retardados, concretos ou sociais, positivos ou negativos para substituir ou minimizar comportamentos desajustados e disfuncionais, como a auto e heteroagressão e as estereotipias motoras por comportamentos funcionais e socialmente aceites (Autism Speaks, 2012; Dyer, 2013). Os seus objetivos passam por diversas áreas, desde a funcionalidade motora, autoajuda, comunicação, interação social, cognição e comportamento, como referido anteriormente (Autism Speaks, 2012; Dyer, 2013; APPDA-Viseu, 2014).

O plano de intervenção é orientado desde as competências mais simples até às mais complexas, promovendo sempre o sucesso, retirando as ajudas oferecidas (Autism Speaks, 2012; APPDA-Viseu, 2014). Devem ainda existir reuniões bem como um contacto regular com os membros da família e os outros intervenientes na intervenção do indivíduo de modo a os planos e objetivos sejam ajustados às reais necessidades observadas pelos diversos intervenientes da vida do indivíduo (Autism Speaks, 2012). Todos os objetivos e comportamentos têm de ser explícitos de forma a permitir que exista uma reavaliação com análise objetiva, sem inferências para que possa existir uma compreensão entre todos os profissionais (Dyer, 2013).

2.3.2 Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH)

O Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH) é um programa que visa promover aquisição de novas competências e a participação dos indivíduos nos diversos contextos em que se encontram inseridos, de modo a capacitar autonomia diária dos mesmos (Shea, 2013). Tendo por base a capacitação em todos os contextos de vida, a intervenção é válida para todas as faixas etárias e níveis de severidade, tendo por base as preferências do sujeito e o seu perfil funcional (Shea, 2013)

A aprendizagem é estruturada em sete princípios básicos, a individualização, em que cada plano é baseado nos interesses, capacidades e dificuldades do indivíduo; nas ajudas visuais como apoio à informação auditiva; na organização, quer da ajuda visual quer do envolvimento físico; na sequencialização de rotinas por diversos tipos de matérias auxiliares; na flexibilidade e generalização de competências; na estimulação da

comunicação, com intencionalidade; e cooperação da família, um dos aspectos fundamentais (Shea, 2013)

2.3.3 Psicomotricidade

A Psicomotricidade de acordo com Martins (2001) e Fonseca (2010), é uma área de conhecimento transdisciplinar que relaciona o psiquismo e a motricidade, tendo em conta todas as dimensões que caracterizam o ser humano, desde a dimensão cognitiva, sócio-emocional, simbólica, psicolinguística e motora. Ou seja, todas as competências do ser humano, mentais, motoras e emocionais, estão em permanente interação. Henri Wallon, considerado uma referência teórica pioneira na psicomotricidade, é citado em Fonseca (2010), na medida em que este autor afirma que o movimento é o instrumento do psiquismo, e que é através dele que conhecemos o mundo, conduzindo a uma nova perspectiva, do ato ao pensamento. Seguindo este princípio a psicomotricidade encara o ser humano de forma holística, tendo em conta todas as suas experiências passadas, a sua cultura, conhecimentos (Sassano e Bottini, 2000). Assim a psicomotricidade é uma área de intervenção que atua quer a nível da prevenção, da educação, da reeducação e da terapia (Martins, 2001).

Na intervenção psicomotora pretende-se que os indivíduos integrem o movimento através do agir, de forma integrada no espaço e no tempo, sempre vinculados com os aspetos afetivos e relacionais, para promover o desenvolvimento motor e socioafetivo, a aprendizagem e comunicação, verbal e não verbal (Sassano & Bottini, 2000; Sassano, 2003; Fonseca, 2010).

A intervenção psicomotora destina-se a todas as faixas etárias, de forma individual ou em grupo, em diversos contextos de intervenção, sejam eles escolar, clínico ou institucional, para uma população bastante diversificada, saúde mental, perturbações do desenvolvimento ou mesmo perturbações específicas da aprendizagem (APP, s.d.).

O indivíduo na sua totalidade é o pilar da intervenção, que deve ser adaptada às suas necessidades, capacidades e desejos, do próprio ou cuidadores (Martins, 2001). Atendendo a estes princípios primordiais a metodologia pode passar por diversas técnicas, incluindo terapias expressivas, atividades lúdicas, estimulação sensorial, atividade motora adaptada, técnicas de relaxação e consciência corporal. técnicas de reeducação gnosoprática e técnicas de educação gestual e postural (APP, s.d.).

O objetivo da intervenção psicomotora destaca-se pela promoção de sete grandes fatores psicomotores, a tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção corporal, estrutura espaciotemporal, motricidade global e motricidade fina (Fonseca, 2010) bem como a promoção da autoestima, a sequencialização a planificação motora e sua antecipação (Costa, 2005).

Face a um intervenção específica na PEA, que se insere nas Perturbações do Desenvolvimento, o trabalho desenvolvido passa não só por trabalhar dificuldades psicomotoras que se encontram comprometidas, desde a hipotonia, locomoção, equilíbrio, controlo postural, sequências motoras, como também pela comunicação e interação social.

Na interação social, através da intervenção psicomotora, deve-se promover um diálogo tónico-emocional de forma a criar respostas face as necessidades, começando com imitações motoras (Llinares e Rodríguez, 2003). Assim, utilizando o corpo como meio de interação e de possibilidades sociais, através de atividades em espelho podemos promover a consciência própria e do outro, na interpretação dos estados mentais dos outros (Llinares e Rodríguez, 2003).

Na comunicação devemos promover a integração verbal, quer da linguagem expressiva como recetiva, através de nomeação ou identificação de materiais, assim como a nível da comunicação não verbal, utilizando o corpo como facilitador, devemos promover a utilização de gestos e expressões faciais, da mesma forma que diferentes tons de voz, aspetos integrantes e importantes na comunicação eficaz (Llinares e Rodríguez, 2003). Face as ecolalias, estas podem ser utilizadas e integradas nas atividades, para interação da criança ou mesmo promoção da comunicação, ou mesmo evitadas para extinção das mesmas (Llinares e Rodríguez, 2003).

As atividades em si, devem ser semiestruturadas de modo a permitir a espontaneidade da criança e simultaneamente permitir a antecipação e segurança (Llinares e Rodríguez, 2003), de forma sistemática e decomposta, para uma aquisição das competências mais facilitada e eficaz (Staples e Reid, 2010), reforçando sempre os interesses e áreas fortes da criança para trabalhar as menos fortes (Costa, 2005). Todavia, deve existir momentos de mudança que promovam a capacidade de flexibilidade (Llinares e Rodríguez, 2003). Devem existir pistas verbais e manipulação quando necessário, com demonstração para imitação da criança, aspeto em que as crianças com PEA apresentam dificuldades (Llinares e Rodríguez, 2003; Staples e Reid, 2010). No que concerne à linguagem, esta deve ser simples, utilizando palavras-chave da mesma forma que verbalização dos verbos em ação, de modo a que a instrução seja associada à ação em

si, pode ainda fazer-se uso de gestos auxiliares, e ter em conta o tom e entoação da voz, modelando conforme a intenção (Llinares e Rodríguez, 2003).

Realização da Prática Profissional

1 Organização do Estágio

Nesta fase do relatório será abordada a forma como o estágio do RACP decorreu, desde as suas etapas, a caracterização dos contextos e das atividades efetuadas e a intervenção em si.

1.1 Etapas de Estágio

O estágio na APPDA-Viseu teve início a 11 de setembro de 2017 e terminou a 8 de junho de 2018, com observação das diversas terapias da instituição, entre as quais, terapia ABA, terapia da fala e psicomotricidade de diversas crianças, para uma compreensão global do processo de intervenção de cada utente.

Seguidamente, após duas semanas de observação e da designação pela equipa técnica dos utentes que iriam ser apoiados pela estagiária em terapia psicomotora, foi feita observação dos mesmos nas restantes terapias, para que fosse possível proceder-se a uma transição securizante, e uma maior compreensão das características e perfil funcional de cada um.

Nos utentes que já usufruíam da terapia psicomotora, a passagem procedeu-se após uma observação de, em média duas sessões realizadas por outro técnico. Tal somente não foi realizado quando os utentes que não usufruíam de qualquer apoio na instituição.

1.1.1 Caracterização dos contextos de intervenção

Todo o processo de intervenção ocorreu em contexto de ginásio, com cerca de 200m², onde se usufruiu de 4 mesas de trabalho, uma redonda e uma retangular, bolas, bastões, trampolim, arcos, pinos, pés e mãos, lápis, um túnel, blocos, enfiamentos, bowling pequeno, cordas, pufes paralelepípedos.

1.1.2 Calendarização das atividades/horário de estágio;

O estágio centrou-se numa ligação à instituição de 21h/semanais, cerca de 4h/dia. Neste sentido o horário de estágio decorreu de acordo com a Tabela 1:

Tabela 1: Horário de Estágio APPDA-Viseu

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
		10h30-11h30		
		G.C. (Lanche e Psicomotricidade)		
14h30-15h45	14h30-14h45	14h30-15h00	14h30-15h00	14h30-16h30
Atividades Associação	Atividades Associação	Atividades Associação	Atividades Associação	Atividades Associação
	14h45-15h30			
	T.B. (até 6 de março)	15h00-15h30	15h00-15h30	15h00-15h45
	B.S. (a partir de 17 de abril)	M.C.	M.C.	V.M. (apoio ao estudo)
15h45-16h30	15h45-16h30	15h45-16h15		15h45-16h30
M.	G.F.	S.M.		Atividades Associação
16h30-17h15	16h30-17h15	16h30-17h15	15h30-18h30	16h30-17h15
S.P.	D.F.	M.V.	Atividades Associação	Y.L.
17h15-18h30	17h30-18h15	17h45-18h30		17h15-18h30
Y.L.	Atividades Associação	P.H.		Atividades Associação

2 Intervenção Terapêutica

O processo de intervenção ocorreu seguindo diversas etapas, inicialmente foi efetuada uma sessão de observação e adaptação de cada criança, de forma a criar a relação terapêutica, seguida de uma avaliação inicial, estabelecimento dos objetivos a trabalhar, com consequente plano de intervenção, e avaliações informais periódicas para ajustamento do processo terapêutico.

Este subcapítulo passa por uma explicação, as metodologias de avaliação, descrição dos estudos caso, sua avaliação inicial e final e respetivo plano de intervenção. Por fim é apresentada a relação com a restante equipa, comunidade e famílias que são apoiadas pela APPDA-Viseu.

2.1 Metodologia de Avaliação

Nas novas modalidades de avaliação, de acordo com Filipe (2013), a criança não é a única responsável por não conseguir adquirir novas competências, esta responsabilidade também pode ser do educador.

A educação pré-escolar é entendida como um tempo e um espaço de aprendizagem e desenvolvimento das crianças entre os três e os seis anos, apresenta-se como um período específico, que não requer só práticas de avaliação distintas dos outros níveis de ensino, mas também instrumentos de avaliação adequados às suas características (Gonçalves, 2008 cit in Filipe, 2013).

Em conformidade com Filipe (2013), com a evolução das mentalidades, e de um papel passivo para ativo, por parte da criança enquanto ser em aprendizagem, a avaliação acaba por ter como objetivos melhorar as estratégias de ensino/aprendizagem, permitir que o educador/ figura de ensino possa refletir sobre a sua intervenção, assim como proporcionar que as crianças tomem consciência das suas dificuldades e adversidades. Esta linha de pensamento é partilhada por Broadhead (2006 cit in Basforda & Bath, 2014), ao referir que o educador/ terapeuta deve desenvolver a sua observação como modo de entender a própria interação com as crianças e assim intervir, em vez de se centrar unicamente numa avaliação com o objetivo de verificar a aquisição ou não de determinados requisitos.

Gullo (1984 cit in Parente, 2014) acrescenta ainda que a avaliação deve ser um processo contínuo e descritivo, em que descreva os processos da criança para a realização

das tarefas. Outro aspeto a ter em consideração é a utilização de instrumentos que vão de encontro com o privilegiado na educação das mesmas (Shipman, 1987 cit in Parente, 2014). Também Carr (2001 cit in Parente, 2014), Drummond, 2005 cit in Parente, 2014) e Flee e Richardson (2004 cit in Parente, 2014), referem que o processo de avaliação deve-se focalizar em simultâneo em dois grandes aspetos, a criança e o contexto, porque as aprendizagens não são apenas individuais, mas também ocorrem em grupo.

Na perspetiva já abordada, centrada na criança como um ser ativo da sua aprendizagem, Parente (2014) reforça que o processo de avaliação deve facultar a participação das crianças e focar-se nas estratégias de aprendizagem e na capacidade de resolução de problemas, em detrimento de se centrar apenas no sucesso ou insucesso.

Neste sentido, a avaliação dos utentes foi efetuada por diferentes instrumentos conforme a idade dos mesmos. Dois dos casos, com menos de 4 anos e sem diagnóstico de autismo, foi aplicado a Schedule of Growing Skills II (SGS-II). Nos utentes até aos 7 anos, três casos, foi aplicado o PEP-3 (Perfil Psicoeducativo) de Schopler, Lansing, Reichler e Marcus (2005) e a Bateria Psicomotora (BPM) de Fonseca (2010), um caso com 6 anos foi aplicada apenas o PEP-3 e nos restantes seis casos, foi apenas aplicada a BPM e o Draw a Person (DAP) de Naglieri (1998).

2.1.1 Instrumentos de Avaliação

No que concerne aos instrumentos utilizados, estes foram de encontro as diversas necessidades transmitidas pela equipa técnica de forma a proporcionarem uma visão global das capacidade e competências dos estudos caso, além da área psicomotora.

A BPM foi utilizada uma vez que permite uma avaliação psicomotora bastante abrangente assim como a interpretação e melhor avaliação do modo como determinados fatores são executados. Face ao PEP-3, a sua utilização ocorreu devido a pedido dos elementos da equipa, assim como para melhor compreender as competências em diversos domínios do desenvolvimento, para uma avaliação e intervenção holística. Por fim, o DAP foi utilizado de modo a avaliar a noção do corpo e esquema do mesmo, assim como o modo como este interpreta a organização e estrutura do mesmo.

2.1.1.1 Bateria Psicomotora (BPM, Fonseca)

A Bateria Psicomotora (BPM) é um instrumento de avaliação desenvolvido por Vítor da Fonseca e baseado num conjunto de tarefas, que tem como principal objetivo analisar o

perfil psicomotor das crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 12 anos de idade (Fonseca, 2010). A sua finalidade dirige-se para a identificação de possíveis dificuldades de aprendizagem associadas a dificuldades no domínio psicomotor, sendo, por isto, uma ferramenta importante a nível psicopedagógico (Fonseca, 2010).

De acordo com o autor, a BPM é composta por tarefas dos sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina (Fonseca, 2010). As mesmas aplicam-se para identificar o grau de maturidade psicomotor da criança e detetar sinais desviantes, os quais podem ajudar a compreender as diferenças na evolução das crianças em idade pré-primária e primária, salientando-se que a a BPM não foi construída para identificar ou classificar algum défice neurológico, ou para diagnosticar uma disfunção ou lesão cerebral (Fonseca, 2010).

Contudo e segundo Fonseca (2010), existe uma ligação entre os fatores psicomotores e as três unidades funcionais de Lúria, o que nos permite situar os sistemas funcionais e respetivos substratos anatómicos.

Fonseca (2010) refere que, a aplicação da BPM é relativamente simples e rápida, levando cerca de 30 a 40 minutos para um observador com experiência. No que diz respeito ao observador, o autor considera que este está apto quando já executou a aplicação deste instrumento em 20 casos diferentes, seguindo todas as indicações de cada prova de acordo com as condições definidas pela tarefa de cada subfactor.

Segundo Fonseca (2010) a anotação da avaliação das tarefas, é realizada numa folha de registo, incluída na BPM onde se encontra a cotação dos subfactores e uma tabela que resume o perfil psicomotor da criança avaliada. Em todos os fatores e subfatores, a capacidade de realização de uma tarefa é medida numericamente de “1 a 4”, sendo que a cotação “1”, a mais baixa, sendo atribuída quando a criança não responde ao que lhe é solicitado ou realiza a tarefa de uma forma imperfeita, inadequada e descoordenada. A cotação “2” representa uma tarefa realizada de forma fraca e com dificuldades de controlo, apresentando sinais desviantes, enquanto a cotação “3” representa a completa realização da tarefa de uma forma adequada e controlada. Por sua vez, a cotação “4” é atribuída quando toda a tarefa é realizada na perfeição, apresentando controlo psicomotor.

De acordo com Fonseca (2010), para determinar o perfil psicomotor da criança, é calculada a cotação média de todos os subfactores, que resulta de um valor para cada fator psicomotor. De seguida obtém-se o valor final, somando todos os valores obtidos para cada fator, sendo a cotação máxima possível de 28 pontos a mínima é de 7 pontos

(Fonseca, 2010). Com base nas cotações é possível obter quatro tipos de perfis psicomotores, Hiperpráxico, Eupráxico, Dispráxico ou Apráxico (Fonseca, 2010). No perfil hiperpráxico (26 a 28 pontos) em que a criança não apresenta qualquer dificuldade de aprendizagem, concluindo-se que possuem uma organização psiconeurológica normal. No que se relaciona com o perfil eupráxico, a criança apresenta uma pontuação entre 14 e 21 pontos, sendo que não manifesta dificuldades de aprendizagem e não apresenta problemas psicomotores devido à ausência de sinais desviantes, porém podem apresentar imaturidade e/ou alguma imprecisão de controlo em determinados subfactores. O perfil Dispráxico (9 a 13 pontos) é atribuído a crianças que manifestas dificuldades de aprendizagem ligeiras e alguns sinais desviantes, assim como que realizam as tarefas com dificuldades de controlo e na presença de sinais desviantes em diversos fatores psicomotores (Fonseca, 2010). Por último o perfil apráxico tem uma pontuação entre 7 e 8, sendo possível observar que a criança apresenta dificuldades de aprendizagem moderadas ou severas e sinais disfuncionais visíveis, com dificuldades em quase todas as tarefas, podendo não conseguir realizá-las (Fonseca, 2010).

2.1.1.2 Perfil Psicoeducativo: 3ª edição (PEP-3, Schopler, Lansing, Reichler e Marcus, 2005)

O PEP-3 é um instrumento que permite avaliar o desenvolvimento psicoeducacional de crianças com PEA, entre os dois anos e os sete anos e cinco meses de idade, auxiliando a elaboração de planos de educação e intervenção individuais (Schopler, Lansing, Reichler e Marcus, 2005).

O instrumento é constituído por duas partes, um formulário para o cuidador e um teste de performance. O formulário para o cuidador pretende obter informações dos problemas de comportamento, cuidado pessoal e comportamento adaptativo (Schopler et al., 2005).

O teste de performance engloba três áreas de desenvolvimento subdivididas em subáreas: área da comunicação (cognição verbal e pré-verbal, linguagem recetiva, linguagem expressiva), área da motricidade (motricidade fina, motricidade global, imitação visuomotora) e a área dos comportamentos desajustados (expressão dos afetos, reciprocidade social, comportamentos motores e comportamentos verbais característicos) (Schopler et al., 2005).

A cotação dos itens na área da comunicação e motricidade vai de “0 a 2”, sendo que a cotação será “0” se a criança não conseguir completar a tarefa, “1” se é capaz de a completar de forma emergente (i.e., demonstra competências, mas não completa na íntegra, ou apenas realiza após demonstração), e “2” se concluir a tarefa adequadamente e sem necessidade de demonstração. Por sua vez, nos comportamentos desajustados a avaliação tem por base a observação e a apreciação do avaliador, sendo cotado “0” se o comportamento for severo, exagerado e disfuncional, “1” se for um comportamento moderado e pouco frequente e “2” se este for apropriado para a idade da criança (Schopler et al., 2005).

A cotação final é obtida pela soma dos valores dos vários itens e consulta de tabelas conforme a idade da criança, permitindo determinar a idade de desenvolvimento e respetivos percentis, de modo a averiguar o seu nível de desenvolvimento (Schopler et al., 2005). Todavia, é de salientar que o instrumento não se encontra padronizado para a população portuguesa, impossibilitando uma interpretação com referência à norma. Tendo em consideração as indicações fornecidas na Associação apenas o teste de performance foi aplicado aos clientes.

2.1.1.3 Desenho de uma Pessoa (DAP, Naglieri, 1988)

O DAP, “Draw a person” (Naglieri, 1988) é um método de avaliação cognitiva, não verbal, que tem por base o desenho da figura humana, padronizado para crianças e jovens americanos dos cinco aos dezassete anos de idade (Santos, 2012). É composto pelo desenho de três figuras humanas, um homem, uma mulher e o desenho do próprio, sendo que o avaliando dispõe de cinco minutos para cada desenho. A sua aplicação pode ser efetuada individualmente ou em grupo com acesso a lápis e borracha (Santos, 2012).

A cotação baseia-se na presença com identificação da parte do corpo, no detalhe relacionado com pormenores de cada parte, na proporção, i.e., numa representação realística, e num ponto bônus atribuído quando todos os aspetos anteriormente referidos estão presentes, para catorze partes do corpo, obtendo assim o resultado bruto (Santos, 2012). Santos (2012), refere ainda que uma vez que se encontra padronizado para a população norte americana, não se utiliza uma avaliação à norma, mas com referência a critério, havendo uma comparação com os resultados anteriores do sujeito.

Adicionalmente aos termos avaliados neste instrumento, podem ser simultaneamente avaliados aspetos como o esquema corporal, desde o conhecimento do

próprio corpo, os seus componentes, das posturas e atitudes, sendo que a evolução dos desenhos, i.e., o aumento dos resultados brutos é diretamente proporcional ao desenvolvimento positivo do esquema corporal (Santos, 2012).

2.2 Intervenção Psicomotora

Durante o período de estágio foram acompanhados 12 casos, tendo dois destes suspenso as terapias a partir de fevereiro e março, um devido a dificuldades financeiras, que devido aos gastos nas deslocações juntamente com as terapias não conseguiam ser colmatados, e outro devido aos cuidadores considerarem mais importante intensificar a terapia da fala a dificuldades na gestão temporal, impossibilitando a frequência também na psicomotricidade. Dos 10 casos acompanhados com mais regularidade, a maioria apresentava um diagnóstico de PEA, um encontrava-se num processo de promoção do desenvolvimento, outro com suspeitas de PEA, porém sem diagnóstico efetuado, e por fim um caso com uma Perturbação Específica da Linguagem, conforme descritos na Tabela 2

Tabela 2: Casos Acompanhados

Casos	Género	Idade	Diagnóstico
M.K.	M	7	PEA
S.P.	M	5	PEA
Y.L.	F	6	PEA
T.B.	M	5	PEA
B.S.	F	4	PEA
G.F.	M	11	Doença Metabólica: défice do transportador da creatina cerebral
D.F.	M	10	PEA
G.C.	M	3	Sem diagnóstico
M.C.	M	2	Suspeita de PEA
S.M.	M	13	PEA
M.V.	F	6	Perturbação Específica da Linguagem
P.H.	M	11	PEA

Seguidamente serão descritos, de modo pormenorizado os estudos casos acompanhados, duas intervenções individuais. Inicialmente será efetuada uma apresentação dos dados individuais e pessoais de cada cliente, seguindo-se da avaliação inicial. Posteriormente irá ser discriminado o plano de intervenção, com os objetivos estipulados para cada, uma descrição da organização e implementação da intervenção. Por fim será analisada a avaliação final e respetiva reflexão.

Na tabela seguinte (Tabela 3) encontra-se o cronograma das sessões, nomeadamente com as sessões previstas e as realizadas. As sessões do P.H. foram quase todas cumpridas, à exceção de uma devido a doença. Todavia face as da Y.H. houve uma grande discrepância devido a altura de férias escolares, a criança se encontrar em atividades de férias e não serem realizadas as terapias, assim como algumas são relativas a doença não comparecendo nas terapias.

Tabela 3: Cronograma das sessões dos estudos caso

Casos	Início de intervenção	Final de intervenção	Sessões previstas	Sessões realizadas	Instrumentos de avaliação
Y.L.	18 de setembro de 2017	8 de junho de 2018	84	63	PEP-3
P.H.	07 de fevereiro de 2018	6 de junho de 2018	17	16	BPM DAP

2.2.1 Caso 1: Y.L

A Y.L. é uma menina de 6 anos, com diagnóstico de PEA desde os 3 anos de idade, a frequentar o Jardim de Infância (JI) onde frequenta a sala regular e a sala TEACH. Vive com os pais num apartamento com condições básicas, desde os 2 meses de idade, onde tem um quarto só para si. Atualmente usufrui de terapia ABA, terapia da fala e terapia ocupacional em função de protocolo com o CHTV, desde 2014.

As suas dificuldades prendem-se na área da autonomia na alimentação, na ingestão de alguns alimentos como pão e fruta, na comunicação, mais precisamente na expressão de pedidos. Na interação social a Y.L. têm dificuldades no cumprimento de regras e interação com os pares, jogos sociais, porém apresenta brincadeiras e exploração de materiais sozinha de forma adequada. Também são visíveis a nível comportamental manifesta comportamentos desadequados (e.g. riso descontrolado e descontextualizado). Neste sentido. A intervenção psicomotora foi proposta pela equipa técnica da APPDA-Viseu, de forma a trabalhar as posturas desadequadas e hipotónicas associadas à fuga a tarefa, jogos de regras, interação com os pares e atividades sequenciais.

2.2.1.1 Avaliação Inicial

O instrumento utilizado foi o PEP-3, de modo a avaliar o perfil de competências da criança nas diversas áreas de desenvolvimento para estabelecer os objetivos adequados para a intervenção. Na seleção do instrumento foi tido em consideração o diagnóstico, idade e características da criança, assim como diversidade dos domínios avaliados. Tendo em consideração não ser um teste padronizado para a população portuguesa não foi efetuada a conversão dos resultados brutos, mas sim uma análise quantitativa dos mesmos.

No que se refere à adesão à avaliação, a criança apresentou-se bastante cooperativa, mostrando alguns sinais de cansaço e tentativas em dispersar pela sala nos momentos finais, tendo-se, desta forma, optado pela divisão em dois dias.

Tabela 4: Quantificação dos itens por subtestes do PEP-3, inicial

Domínio	Área/ subtestes	Sucesso	Emergente	Insucesso	Total itens
Comunicação	Cognição Verbal/ Pré-Verbal	19	11	4	34
	Linguagem Expressiva	4	5	16	25
	Linguagem Recetiva	9	7	3	19
Motricidade	Motricidade Fina	18	1	0	19
	Motricidade Global	13	0	2	15
	Imitação Visuomotora	7	3	0	10
Comportamentos Desajustados	Expressão Afetiva	4	3	3	10
	Reciprocidade Social	6	4	3	13
	Características Motoras	8	6	0	14
	Características Verbais	0	2	9	11

No domínio da Comunicação, as dificuldades recaem na verbalização e nomeação. Mais especificamente na área da “Cognição Verbal/ Pré-Verbal”, apresentou 11 itens emergentes, desde capacidade de orientar-se para um som, imitar sequências rítmicas, copiar figuras geométricas, demonstrar interesse por livros ou a função de cinco objetos. Na área da “Linguagem Expressiva” obteve cinco itens emergentes, desde nomear figuras e cores, a executar pedidos de comida ou bebida, ou utilizar espontaneamente uma palavra ou gesto para ajuda. Referente à área da “Linguagem Recetiva” a Y. obteve sete itens emergentes, devendo ser tida em consideração apontar algo a pedido, executar ordens com instruções complexas, seguir quatro ordens compostas por uma e duas instruções, e parar quando chamada pelo nome.

Apresenta o domínio da Motricidade como uma das suas áreas fortes, sendo que na “Motricidade Fina” apresenta a maioria dos seus itens adquiridos e apenas um item emergente relacionado com o encaixe de peças conforme o tamanho. Na área da “Motricidade Grossa” demonstra zero competências emergentes, porém com dois insucessos, apanhar um lançamento de uma bola e lançar a bola para um alvo intencionalmente. Na “Imitação Visuomotora”, apresenta quase todos os itens como adquiridos, tendo apenas três itens emergentes, relacionados com a olhar e rodar um caleidoscópio, acionar a campainha após imitação e demonstrar a capacidade de quatro objetos.

O domínio dos Comportamentos Desajustados também deve ser tido em consideração, sendo que na área da “Expressão de Afetividade” apresenta em aquisição aspetos como a utilização de várias expressões faciais, demonstração de sentimentos pela postura corporal e de afeto adequado durante o teste, com a mesma percentagem de itens não adquiridos, porém com uma maioria de itens adquiridos. Na “Reciprocidade Social” apresenta uma maioria de itens adquiridos e apenas quatro itens emergente, relacionados com o manter o contacto ocular e a procura de ajuda. Também apresenta dificuldades a imitação, no jogo social, contudo coopera com o examinador, respeitando a tomada de vez e é altamente motivada por recompensas imediatas. Na área das “Características Motoras” a Y apresentou em aquisição a manipulação de objetos e brincar com um fio de forma adequada, explorar visualmente o meio envolvente, parar uma atividade após um som e orientar-se para o mesmo, observa-se também algumas estereotipias motoras como o *flapping*. Todavia aceita mudar de tarefa com facilidade, brinca sozinha de forma adequada e examina texturas adequadamente. Relativamente às “Características Verbais”, esta área foi a menor forte da Y.L., apresentando nenhum item adquirido e a maioria dos itens como não adquiridos, o que se prende pela Y.L. não utilizar a linguagem verbal de forma espontânea e a sua pouca utilização, anulando esses itens. Contudo, apresentou dois itens em aquisição sendo estes a utilização de ecolalia imediata e ter uma perseveração de palavras e/ou sons, em apenas algumas circunstâncias e não de forma generalizada.

2.2.1.1.1 Observação Informal

Numa observação informal, a Y.L. demonstrou pouca atenção e persistência na maioria das tarefas, permanecendo pouco tempo em cada atividade. Em diversos momentos tenta sair das tarefas indo executar atividades dispare, sempre a olhar para o terapeuta e a rir-se enquanto se desloca para a atividade que não é proposta.

A Y.L. demonstrou um grande interesse por animais e puzzles, assim como por atividades de motricidade fina, entre as quais desenhar, em especial casas, sol e nuvens, mostrando uma pega em pinça bem definida. Durante estas atividades fica vários intervalos de tempo na sua realização sem tentar sair, mantendo uma grande atenção sustentada, também retratada pelas restantes terapeutas e pais.

2.2.1.2 Plano de intervenção terapêutico

Tendo em consideração a anamnese e os resultados obtidos, mais especificamente as competências emergentes, foram percecionadas as áreas fortes e as menos fortes, que permitiram elaborar o plano de intervenção e estabelecer os objetivos a atingir. Desta forma, a intervenção planeada para a Y.L. teve por base os itens emergentes detetados no PEP-3, conforme é passível de observar na tabela com a letra “E”, assim como objetivos operacionais, designados por “O”, considerados através da observação informal.

Desta forma, toda a intervenção engloba os fatores psicomotores e competências cognitivas, comunicativas e comportamentais, em coerência com o trabalho e objetivos desenvolvidos nas restantes terapias

Tabela 5: Objetivos de Intervenção Caso 1 - Y.L.

Áreas	Objetivos gerais	Objetivos específicos	Objetivos operacionais/ Itens
Motricidade	Promover a imitação	<i>Promover a imitação visuomotora</i>	<i>Olhar a manipular o caleidoscópio (E)</i>
			<i>Acionar a campainha 2 vezes após demonstração (E)</i>
			<i>Demonstrar função de 4 objetos do quotidiano (E)</i>
	Promover a motricidade global	<i>Coordenação oculopodal</i> <i>Coordenação oculomanual</i>	<i>Pontapear bola para alvo a 1,5m de distância (E)</i>
			<i>Lançar a bola para um alvo a 1,5m de distância (E)</i>
	Promover a motricidade fina	<i>Melhorar as competências grafomotoras</i>	<i>Encaixar peças (E)</i>
Comunicação	Desenvolver a Cognição	<i>Promover a cognição verbal/ pré-verbal</i>	<i>Orientar para um som (E)</i>
			<i>Imitar sequencias rítmicas (E)</i>
			<i>Encontrar cubo escondido (E)</i>
			<i>Copiar figuras geométricas (E)</i>
			<i>Repetir dois dígitos (E)</i>
			<i>Mostrar interesse por livro de figuras (E)</i>
			<i>Copiar 7 letras (E)</i>
			<i>Aumentar o tempo de atenção nas tarefas (O)</i>
			<i>Aumentar o tempo de permaneci numa tarefa, sem interrupções (O)</i>
			<i>Aumentar o tempo de atenção no adulto (O)</i>
			<i>Apontar 14 objetos a pedido (E)</i>
			<i>Identificar 9 letras (E)</i>
	Desenvolver competências da comunicação	<i>Promover a linguagem recetiva</i>	<i>Executar ordens de duas instruções (E)</i>
			<i>Dar dois cubos de 6 a pedido (E)</i>
			<i>Apontar 5 cores (E)</i>
			<i>Executar 4 ordens compostas por 1 ou 2 instruções (E)</i>
			<i>Parar quando chamada pelo nome (E)</i>
			<i>Nomear 14 de 20 figuras (E)</i>
		<i>Promover a linguagem expressiva</i>	<i>Nomear 5 cores (E)</i>

Comportamentos desajustados				Pedir comida ou bebida (E)
				Nomear 9 letras (E)
				Utilizar gesto ou palavra para pedir ajuda (E)
	Desenvolver as competências sociais	Melhorar a expressão afetiva		Expressar sentimentos pelas posturas corporais (E)
				Expressar emoções adequadas (E)
				Manter contacto ocular com o examinador (E)
		Promover a reciprocidade social		Procurar ajuda quando necessário (E)
				Responder adequadamente ao examinador através do contacto ocular, sorrindo e ouvindo (E)
				Examinar e manipular os objetos de forma adequada (E)
		Minimizar comportamentos característicos	motores	Explorar o envolvimento visualmente de forma adequada (E)
				Parar ao som do assobio e direcionar-se para o som (E)
				Brincar com fio de forma adequada (E)
		Diminuir comportamentos característicos	verbais	Minimizar a utilização de ecolalia imediata (E)
				Minimizar a perseveração de palavras e/ou sons (E)

2.2.1.3 Intervenção

A Y.L. usufruiu de três sessões de psicomotricidade por semana até janeiro, sendo que foram reduzidas para sessões bissemanais de modo a uma substituição, intensificação de terapia comportamental. De realçar que uma das sessões era mais orientada para o brincar estruturado.

Nas sessões inicialmente eram realizadas tarefas com maior movimento, visto que eram realizadas após o período escolar e assim quebrar o ritmo da escola. As sessões foram sempre semiestruturadas, com atividades fixas na semana, mudando apenas semana após semana, seguindo os aspetos mencionados por conforme o mencionado por Costa (2005), Llinares e Rodríguez (2003), Staples e Reid (2010) e Shea (2013). Foram realizados circuitos psicomotores, com barras, cordas no chão e pufes de espuma promover o equilíbrio, diversos tipos de lançamentos, primeiramente sem alvo definido e posteriormente com alvos bem definidos. Foram ainda colocadas atividades de coordenação oculopodal com pontapés para alvos definidos e controlo de bola para contornar obstáculos. Assim como atividades espelho para imitação de gestos e movimentos, primeiramente, a terapeuta imitava a criança e após compreensão que a cada ação o outro fazia a mesma é que se realizou ser a criança a imitar, de forma mais autónoma, sem se referir constantemente que era para fazer igual. Através de diversos instrumentos, como xilofone, tambores e pandeiretas, foram trabalhadas sequencias rítmicas simples, assim como realizar as mesmas na mesa, parede, pernas. Face a interação e recetividade social foram introduzidas músicas infantis com gestos e movimentos associados, e em músicas como “Indo eu, indo eu”, realizava-se uma coreografia, que de forma alternada, tinha de fazer cocegas na barriga do terapeuta. No final de cada sessão era realizada a relaxação, para uma maior consciência corporal.

Nas sessões orientadas para o brincar estruturados eram explorados diversos materiais, com demonstração de formas corretas de manipulação para imitação. Eram também tidas em atenção as posturas em momentos de brincadeira, desde ficar sentada de pernas cruzadas como na escola a não brincar deitada no chão. Em diversas atividades foram trabalhados, o tempo de atenção, com histórias, e descrição de imagens das mesmas.

Em todos os momentos era exigido que se efetuasse pedido simples, e.g., “Quero bola”, com contacto ocular, que também era exigido na explicação das tarefas. Simultaneamente aos pedidos verbais, era trabalhado com a terapeuta da fala, alguns

gestos como para pedir ajudar, que eram associados às palavras de forma a promover e facilitar a comunicação.

2.2.1.4 Avaliação final

Na aplicação do PEP-3, para uma avaliação final, a Y.L. demonstrou sinais de resistência e de teste ao avaliador, não aderindo a algumas atividades propostas ou fazendo de qualquer forma, não demonstrado algumas competências adquiridas e observadas ao longo da intervenção. A aplicação foi novamente sujeita a divisão, tendo sido efetuada em duas sessões no mesmo dia, mas com intervalo de 45 minutos, em duas terapias, terapia psicomotora e terapia ABA, sendo aplicada pelas técnicas de ambas as terapias, mas sempre com presença da Psicomotricista.

No domínio da Comunicação, as dificuldades recaem na nomeação e imitação. Mais especificamente na área da “Cognição Verbal/ Pré-Verbal”, continuou a apresentar como itens emergentes a imitação de sequências rítmicas, identificação de objetos pelo tato copiar figuras geométricas e letras. Na área da “Linguagem Expressiva” apresenta ainda algumas dificuldades em nomear figuras, utilizar espontaneamente uma palavra ou gesto para ajuda. Passou de itens sem sucesso para emergentes a nomeação de objetos, tamanhos (i.e. grande e pequeno) e leitura, sendo capaz de ler a palavra “gato”. Referente à área da “Linguagem Recetiva” a Y. mantém a identificação de letras como item emergente, porém é capaz de identificar mais duas letras, passando a itens de sucesso parar quando chamada pelo nome e apontar com sucesso as cinco cores pedidas.

Apresenta o domínio da Motricidade como uma das suas áreas fortes, sendo que na “Motricidade Fina” apresenta a maioria dos seus itens adquiridos passando o item emergente da avaliação inicial para item com sucesso. Na área da “Motricidade Grossa” demonstra zero competências emergentes, e todos os itens foram realizados com sucesso. Na “Imitação Visuomotora”, apresenta quase todos os itens como adquiridos, tendo os três itens emergentes anteriores sido realizados com sucesso, regredindo no item fingir soprar velas após os “parabéns” para emergente.

O domínio dos Comportamentos Desajustados também deve ser tido em consideração, sendo que na área da “Expressão de Afetividade” apresenta em aquisição os mesmos aspetos anteriores, recuando na capacidade de demonstra capacidade de atenção e concentração para a idade no momento da avaliação. Na “Reciprocidade Social” manteve os itens emergente, relacionados com o manter o contacto ocular e a procura de

ajuda. Também apresenta dificuldades a imitação, no jogo social, contudo coopera com o examinador, respeitando a tomada de vez e é altamente motivada por recompensas imediatas concretas, começando a motivar-se com recompensas sociais. Na área das “Características Motoras” a Y apresentou em aquisição as mesmas competências mencionadas na avaliação inicial (2.2.1.1). Relativamente às “Características Verbais”, esta área foi a menor forte da Y.L., apresentando nenhum item adquirido, visto que apresentou com maior frequência ecolalia imediata e perseveração de sons.

Tabela 6: Quantificação dos itens por subtestes do PEP-3, final

Domínio	Área/ subtestes	Sucesso	Emergente	Insucesso
Comunicação	Cognição Verbal/ Pré-Verbal	25	5	4
	Linguagem Expressiva	5	6	11
	Linguagem Recetiva	9	7	3
Motricidade	Motricidade Fina	19	0	0
	Motricidade Global	15	0	0
	Imitação Visuomotora	9	1	0
Comportamentos Desajustados	Expressão Afetiva	2	4	3
	Reciprocidade Social	6	5	2
	Características Motoras	8	6	0
	Características Verbais	0	0	11

2.2.1.5 Discussão de resultados e Reflexão

Após a intervenção a Y.L. apresentou uma evolução face ao início da terapia, tendo alcançado diversos objetivos propostos. Verificou-se uma melhoria na imitação visuomotora, na motricidade global e fina, realizando movimentos com maior coordenação e dirigidos a um alvo. Na cognição verbal/pré-verbal, também alcançou a maioria dos objetivos, assim como na linguagem recetiva e expressiva alcançou objetivos como pedir ajudar, através do gesto da língua gestual, fazer pedidos de comida e bebida adicionando o verbo querer. Face à expressão afetiva ainda se verificam algumas dificuldades, especialmente no controlo de risos desajustados em momentos desapropriados. Face À reciprocidade social a Y.L. aumentou o tempo de contacto ocular quando o adulto fala, assim como nas brincadeiras e jogos a pares procura o contacto ocular durante as mesmas. Alcançou ainda objetivos como parar e orientar-se para sons, parar atividades quando pedido, menor perseveração de sons, porém ainda se deve reforçar este objetivo assim como o de utilização de ecolalia imediata.

no cumprimento de regras e de atividades sequenciais, com maiores tempos de atenção e menor impulsividade nas tarefas. Foi também verificado que a Y.L. diminuiu as respostas desajustadas face à frustração, assim como um aumento da realização de pedido espontâneos.

Houve um bom cumprimento das planificações, com uma assiduidade bastantes boa. Porém em tempo de férias letivas integrava o grupo de férias da associação não usufruindo das terapias, apenas atividades em contexto. É de realçar que após estes momentos existia ligeiros retrocessos face aos objetivos já alcançados. Também nos dias em que tinha mais do que uma terapia era observável um maior cansaço, assim como devido a ter ocorrido um aumento na dificuldade em dormir em casa.

A Y.L. continuará a beneficiar de sessões de psicomotricidade de forma a trabalhar os objetivos que ainda não estão consolidados. Devem ser realizadas atividades que utilizem o desenho, puzzles e animais para manter o interesse e facilitar a comunicação, assim como os animais podem ainda ser um aliado para o jogo simbólico, que deve ser também trabalhado, interesses da criança, indo em conformidade com o mencionado por Costa em 2005. As atividades devem continuar num registo semiestruturado e mantendo duas a três sessões com o mesmo plano de forma a ser sistemática e permitir antecipação da criança. Seguindo as estratégias mencionadas por Llinares e Rodríguez (2003) e Staples e Reid (2010) as pistas verbais e alguma narração verbal do que se está a efetuar devem ser estratégias a ter em consideração de forma a promover a comunicação verbal e associação das ações às palavras. As instruções para atividades novas devem continuar a utilizar os verbos em forma de ação, para melhor compreensão, conforme Llinares e Rodríguez (2003) referem, porém nas competências adquiridas devem ser diminuídas este tipo de verbalizações. Visto a Y.L. na terapia da fala utilizar o gesto e a língua gestual portuguesa como auxiliar da comunicação verbal, deve-se efetuar um paralelismo em ambas as terapias.

2.2.2 Caso 2: P.H

O P.H. tem 11 anos tendo sido diagnosticado com Perturbação do Espectro do Autismo aos 3 anos de idade. Tem dois irmãos, uma irmã mais velha e um irmão mais novo, fazendo parte do seu agregado familiar juntamente com a mãe e o pai. O P. tem intervenção farmacológica desde os seis anos de idade, *Rubifen* 10mg ao pequeno almoço e 10mg ao almoço, assim como 0,75 mg de *Risperidona* ao deitar em dias de maior agitação.

Encontra-se a frequentar o quarto ano de escolaridade, estando desde o terceiro ano integrado a tempo integral no ensino regular. No primeiro ano frequentava a sala TEACCH passando no ano seguinte, segundo ano de escolaridade, a frequentar a sala regular com o acompanhamento de uma professora do ensino especial.

O P.H., atualmente, na APPDA-Viseu usufrui de Psicologia, Apoio ao Estudo e Adaptação ao Meio Aquático. Começou, a partir de fevereiro, sessões Psicomotricidade por recomendação do Pedopsiquiatra e das professoras, devido aos movimentos hipercontrolados do P.H., assim como as dificuldades nas atividades sequenciais, espaciais e de coordenação bilateral.

2.2.2.1 Avaliação Inicial

2.2.2.1.1 DAP

Inicialmente a avaliação do P.H. foi efetuada pelo desenho do corpo através do DAP, de modo a avaliar o esquema do corpo, o esquema corporal, o conhecimento do próprio corpo, os seus componentes, das posturas e atitudes, e a sua evolução após a intervenção dos aspetos anteriormente citados. A sua realização demorou cerca de 20min, na sala da música das instalações da APPDA, possui uma janela no fundo da sala da largura da parede de fundo, permitindo que entre luz natural, mas necessitando da utilização de luz artificial devido ao período da sessão. Importa referir que esta sala possui de diversos materiais musicais numa parte, uma mesa, diversas cadeiras a delimitar o espaço dos instrumentos, entre outros materiais.



Figura 1: O Próprio, DAP Inicial



Figura 2: Homem, DAP Inicial

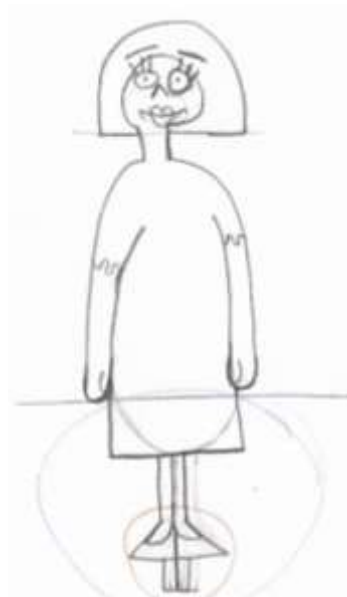


Figura 3: Mulher, DAP Inicial

No desenho do Homem, apresenta, pobre vestuário, sem pormenores. Os olhos e pés estão presentes mas sem proporcionalidade, e apesar de as mãos estarem desenhadas não apresentam pormenores, não tem os dedos definidos.

A representação da mulher foi concluída até à linha horizontal desenhada, sendo que apagou a parte de baixo durante a realização, não tendo terminado posteriormente. Desenho com menos detalhes das partes representadas, e ausência de partes como as pernas e pés, que foram apagadas, e orelhas.

O desenho do Próprio corpo, o P.H. foi o último a ser administrado, apresentando alguns pormenores anatomicos, porém nos cinco minutos desenhou as pernas, tendo apagado, ficando sem esta representação. Pode-se inferir que apagou uma vez que as pernas não se encontravam centralizadas no tronco. Apresenta pormenores de vestuário, desenhando de acordo com o que tem vestido, parando algumas vezes para verificar como é a sua roupa. Foi o desenho com a maior pontuação bruta, com mais detalhes das partes do corpo representadas, apesar de não ter terminado com pernas e pés.

Qualitativamente o P.H. ficou bastante satisfeito quando informado que iria desenhar, ficando entusiasmado pegando logo no lápis e folha. Apenas respeitou o tempo no primeiro desenho (Figura 2), onde apresentou um traço disforme, com maior incidência na zona das sobancelhas e na divisão da barba. No desenho da mulher apresenta um traçado uniforme, no desenho do próprio o traçado mais carregado nas sobancelhas, no casaco na zona do pescoço, braços e mãos. Em todos os desenhos apresenta um traçado carregado, e necessidade de nos últimos dois desenhos (Figura 3 e Figura 1) de apagar os membros inferiores não terminados a tempo. Demonstrou frustração por não conseguir terminar, não querendo realizar o último, sendo necessária negociação, permitindo que terminasse após o tempo.

2.2.2.1.2 BPM

Parte da avaliação do P.H. foi feita através da aplicação da Bateria Psicomotora (BPM), tendo sido aplicada em dois dias, num período de 40 minutos em cada dia. Nos dois dias, a BPM foi aplicada na sala da música e nas instalações da APPDA-Viseu, sala familiar à criança (descrita 2.2.2.1.1).

A tabela que se segue, Tabela 7 mostra os resultados obtidos pelo P.H., exibindo o perfil psicomotor desta nos diversos fatores psicomotores, revelando o seu perfil

psicomotor. Conclui-se, que o P.H. alcançou a cotação de dezanove, correspondendo a um perfil psicomotor normal, também designado por perfil Euprático.

Porém, pode-se verificar dispraxias nos fatores Equilibração, Estruturação Espaciotemporal e Praxia Fina, sendo as áreas menos fortes, sendo que as suas áreas fortes são a Tonicidade, a Noção do Corpo, a Lateralização e a Praxia Global.

Tabela 7: Perfil Psicomotor P.H., avaliação inicial

Fatores Psicomotores	Cotação				Conclusões e interpretações
	4	3	2	1	
Tonicidade		X			Euprático
Equilibração			X		Disprático
Lateralização		X			Euprático
Noção do Corpo	X				Hiperprático
Estruturação Espaciotemporal			X		Disprático
Praxia Global		X			Euprático
Praxia Fina			X		Disprático
Total: 19 → Perfil Euprático					

Durante todas as atividades o P.H. demonstrou interesse sendo bastante cooperativo na realização das atividades, em especial no desenho do corpo. Demonstrou algumas dificuldades em manter a atenção e enfoque durante a explicação das tarefas, saindo do sítio ou mexendo em diversos materiais, entre os quais as luvas que colocou numa cadeira. Vou passível de verificar que o P.H. tem uma necessidade de colocar as luvas direitas ao lado uma da outra, estando várias vezes a “organizá-las”.

Relativamente ao fator psicomotor Tonicidade, o P.H. demonstrou maiores dificuldades na passividade dos membros inferiores e na paratonia, assim como nas sincinesias. No que concerne especificamente à passividade verificou-se dificuldades na relaxação passiva com maior acentuação nos membros inferiores, e nos membros do lado direito, quando sujeita a mobilizações, oscilações e balanços ativos e bruscos. No subtópico paratonia demonstrou resistência, contrações distais e pouca liberdade motora articular, permanecendo de olhos abertos. No que se refere às sincinesias apresentou movimentos contralaterais dos dedos da mão esquerda, quando apertava a bola com a mão direita, fazendo uma ligeira crispação dos mesmos sobre a mesa. Referente às sincinesias bucais, foram mais evidentes, fechando os olhos com força sempre que tinha de apertar a bola, havendo uma tensão tonicofacial.

No fator Equilibração o P.H. manifestou uma preferência pelo pé esquerdo, tendo tido um perfil dispráxico neste ponto. Foram detetadas dificuldades em todos os subtópicos deste fator, tendo sido impossível realizar a avaliação do ponto de evolução na trave. Na imobilidade apenas foi capaz de permanecer imóvel cerca de 15s, correndo movimentos involuntários do tronco, movimentos abruptos dos braços, movimentos pseudocoreiformes proximais, sorrisos, mioclonias involuntárias, oscilações unidirecionais no plano sagital, i.e., anteflexões e retroflexões do corpo. Nas atividades que tinha de realizar com os olhos fechados, subtópico equilíbrio estático, não permaneceu de olhos fechados os 30s, com os mesmos sinais difusos em cima referidos. No apoio unipedal passou do pé direito ara o esquerdo mencionando que este último era melhor e, não foi capaz de fazer um angulo de 90° com a perna fletida, estando constantemente a colocar o pé no chão. Também em ponta dos pés, foi posando sempre os pés no chão. No equilíbrio dinâmico recusou realizar a atividade que requeria ficar de olhos fechados e saltar a pés juntos. Os sinais difusos que foram visíveis podem-se traduzir em disfunções vestibulares e cerebelosas.

Neste tópico, Lateralização, o P.H. demonstrou uma consistência da preferência dos proprioefetores e nos telerrecetores, não sendo observadas dificuldades com significado psiconeurológico.

O fator Noção do Corpo foi aquele em que não se verificou dificuldades, apresentando um perfil Hiperpráxico. É de realçar que realizou com facilidade a localização contralateral e reversível, assim como o reconhecimento da esquerda-direita e o sentido cinestésico. Apenas o subtópico Imitação de Gestos apresentou uma representação aproximada de três das quatro figuras demonstradas pelo examinador, havendo algumas distorções angulares, de forma e de proporção. Salientar que no subtópico Desenho do Corpo, o P.H. realizou o desenho dele próprio, desenhando com referência a ele próprio e à roupa que tinha vestida. Começou por desenhar os pés e pernas, começando na parte inferior, seguido do pescoço e cara, posteriormente o tronco e membros superiores, desta vez de cima para baixo, por fim desenhou o cabelo (Figura 4).



Figura 4: Desenho do corpo, BPM

A Estruturação Espaciotemporal, como referido, foi uma das áreas menos fortes do P.H.. No subtópico da organização demonstrou hesitação no cálculo das passadas a dar quando retirados os três passos, tendo apenas efetuado corretamente dois dos três percursos. O percurso não efetuado corretamente foi a realização com menos três passos, devido a dar inicialmente, no primeiro percurso, passos grandes e quando retirados os passos, o número de passadas era insuficiente para conseguir percorrer o mesmo. No subtópico estruturação dinâmica mal o técnico colocava os fósforos referia logo que já tinha decorado e que os podia retirar. Porém, apenas acertou em três das seis sequencias, havendo dificuldades na sequenciação viso-espacial, com alterações da orientação. i.e., trocas dos fósforos da esquerda para a direita. Na representação topográfica não foram observadas dificuldades com significado neurológico. A estruturação rítmica foi uma das áreas mais fracas do P.H., não tendo acertado nas representações motoras das estruturas rítmicas, na sua totalidade. Neste ponto, apesar de não ter representado na sua totalidade nenhuma das estruturas, foi capaz de fazer a representação motora de partes das estruturas rítmicas. Foi perceptível alguma hesitação ao longo da atividade, alterações da ordem e inversões.

No fator Praxia Global, os subtópicos de maior dificuldade foram a coordenação oculopodal e a dismetria, por consequência da apraxia apresentada na primeira mencionada. A grande dificuldade demonstrada deveu-se a movimentos exagerados, não goleando nenhuma vez.

No último fator, Praxia Fina, foram observadas algumas dificuldades, tendo sido um dos fatores em que revelou dispraxia. No que se refere ao tamborilar, foi observada a preferência manual direita. Porém, em ambas as mãos, foi possível observar hesitações, alteração da sequência, vigilância visual excessiva, saltos de dedos na sequência, círculos incompletos e ausência de melodia cinestésica. Nos restantes itens de precisão e velocidade o P.H. demonstrou uma rigidez e vigilância excessiva, assim como uma necessidade exagerada para que os pontos fiquem todos preenchidos e em realizar cruces sempre na mesma maneira. Foi, também, perceptível que a sua maior dificuldade se prende com a realização de atividades com tempo, uma vez que tem algumas obsessões na escrita, descritas em alguns relatórios e atestadas nestes subtópicos. Desta forma, é observável problemas propriocetivos, observados através da hipertonia e rigidez, e problemas de automatização, verificados pelos movimentos excessivamente vigiados e hipercontrolados.

2.2.2.2 Plano de intervenção terapêutico

Tendo por base a anamnese e os resultados obtidos na avaliação, através da percepção das áreas fortes e menos fortes do P.H., foram estabelecidos os objetivos a atingir (Tabela 8) e o seu plano de intervenção

Desta forma, toda a intervenção engloba os fatores psicomotores e competências comportamentais e sociais, em coerência com o trabalho e objetivos desenvolvidos nas restantes terapias.

Tabela 8: Objetivos de Intervenção Caso 2 - P.H.

Áreas	Objetivos gerais	Objetivos específicos	Objetivos operacionais
Motricidade	Promover a tonicidade	Promover a passividade	Descontrair os membros superiores e inferiores voluntariamente em mobilizações induzidas.
		Diminuir a paratonia	Descontrair voluntariamente os músculos próximo-distais, não oferecendo resistência a mobilizações passivas.
			Descontrair voluntariamente os músculos próximo-distais, em quedas gravíticas dos membros superiores e inferiores.
	Promover o equilíbrio	Minimizar as sincinesias	Diminuir os movimentos contralaterais na execução de movimentos unilaterais, não efetuando crispação dos dedos da mão contrária.
			Diminuir as tensões tonicofaciais em atividades de maior precisão e força distal, como fechar os olhos
		Melhorar o equilíbrio estático	Permanecer imóvel durante 60s, podendo ocorrer movimentos ligeiros dos braços, pequenas oscilações no plano sagital e de olhos abertos, sem tirar as mãos dos quadris.
			Permanecer em bicos de pés
		Promover o equilíbrio dinâmico.	Realizar saltos com os dois pés para trás e de olhos fechado, com ritmicidade, amplitude semelhante e com controlo postural.
			Realizar saltos unipedais, com ângulo de 90° da perna fletida, levantando todo o pé do chão, com ritmicidade, amplitude semelhante e com controlo postural.
		Melhorar a organização	Efetuar percursos iguais com número de passadas diferente, que sejam do mesmo tamanho, feitas com ritmicidade, perfeito cálculo visuoespacial, e ajustamento harmónico inicial e final das passadas.
		Promover a estruturação dinâmica	Reproduzir, após memorização sequencial visual, sequências dinâmicas sem alterações de orientação.
		Promover a estruturação rítmica	Realizar representações motoras de estruturas rítmicas, quando à sequência e à ritmicidade, sem hesitação.
	Promover a praxia global	Melhorar a coordenação oculopedal	Pontapear a bola para um alvo a cerca de 2,5m de distância

Comportamento	Promover a praxia fina	Promover as capacidades gráficas e digitais	<i>Apresentar agilidade digital e dextralidade bimanual nos movimentos.</i>
			<i>Dissociar a sequência digital, através da localização tactiloquinestésicas dos dedos das mãos.</i>
			<i>Coordenação visuográfica, figura-fundo e posição-relação espacial</i>
	Promover a capacidade de planificação	Promover autonomia e processos de atenção nas tarefas	<i>Aumentar o tempo de espera para a execução de uma atividade após a sua proposta (menos impulsividade)</i>
			<i>Diminuir a frustração em tarefas cronometradas.</i>
			<i>Manter atenção sustentada numa tarefa.</i>
		Promover a reciprocidade social	<i>Aumentar a atenção seletiva, com escolha de estímulos a ter atenção.</i>
			<i>Cumprimentar e despedir por iniciativa própria.</i>
			<i>Esperar pela sua vez.</i>
Social	Promover as competências sociais	Aumentar as capacidades de interação social	<i>Apresentar contacto ocular de forma espontânea e manter durante uma conversa.</i>
			<i>Cumprimentar e despedir por iniciativa própria.</i>
			<i>Responder a questões efetuadas pelo adulto mais prontamente.</i>

2.2.2.3 Intervenção

A intervenção com o P.H. era realizada de forma semanal, ao fim do dia, onde a sessão era dividida em três partes, a parte inicial, em que se realizava o momento de recordar a semana e o que tinha sido realizado na sessão anterior, assim como explicação do que era pretendido na presente sessão, de modo a estruturar a sessão, permitir a previsibilidade conforme Costa (2005), Llinares e Rodríguez (2003) e Staples e Reid (2010) referem, e indo encontro a princípios da metodologia TEACCH (Shea, 2013). O segundo momento era o corpo de sessão com diversas atividades face aos objetivos traçados, sendo que após as atividades, num terceiro momento, era realizado um processo de introspeção, se tinha cumprido os objetivos que tinham sido referidos no início e as regras estabelecidas. Se tivesse alcançado os parâmetros estabelecidos podia realizar uma tarefa à sua escolha.

Para a intervenção, foram estabelecidas regras em conjunto com o cliente, de forma a permitir que este tivesse consciência do seu comportamento e dos aspetos menos positivos durante a sessão, reforçando aspetos como a generalização do que é considerado um comportamento ajustado (Shea, 2013). Em conjunto, terapeuta e criança, foi estabelecido que não poderia fazer birras, i.e., bater na mesa, atirar material; em atividades cronometradas caso não conseguisse acabar a atividade não poderia amuar, em alternativa podia perguntar se era possível acabar no final da sessão. Perante o cumprimento das alíneas estabelecidas o P.H. podia escolher uma atividade a executar no final, sendo um reforço positivo retardado. Comportamentos que ocorressem e que não tivessem sido previstos no contrato, inicialmente, era avisado quatro vezes, sendo que se avisasse uma quinta vez não teria a possibilidade de escolher a atividade final, ocorrendo um reforço negativo. Posteriormente foi diminuído o número de vezes que seria avisado perante um comportamento desajustado. Em todas as sessões era lembrado das alíneas do contrato, e da recompensa pelo cumprimento das mesmas. Ao longo da sessão eram tidas como estratégias o reforço positivo social imediato, demonstração, instrução verbal e ajudas físicas parciais.

2.2.2.4 Avaliação final

2.2.2.4.1 BPM

A avaliação final do P.H. realizada no mesmo espaço da avaliação inicial, decorreu em dois dias, num período de 45 minutos em cada dia.

Na figura que se segue, Figura 5: Avaliação Inicial vs. Avaliação Final, BPM

, está representada a evolução do P.H. após a intervenção, exibindo o perfil psicomotor antes e após a intervenção, sendo de assinalar que se observou uma manutenção de um perfil psicomotor norma (perfil Euprático). Porém, observou-se uma regressão no fator Tonicidade, passando de um perfil euprático para disprático, e na Noção do Corpo, regredindo de um perfil hiperprático para euprático. Resumidamente, na avaliação final observaram-se dispraxias nos fatores Tonicidade e Estruturação Espaciotemporal, sendo estas as áreas menos fortes, sendo que as suas áreas fortes são a Equilibração, a Noção do Corpo, a Lateralização, a Praxia Global e Praxia Fina.

Durante todas as atividades o P.H. demonstrou interesse na realização da avaliação, porém com maiores dificuldades em manter atenção nas tarefas e menor cooperação comparativamente à primeira avaliação.

Relativamente ao fator psicomotor Tonicidade, o P.H. demonstrou maiores dificuldades do que na primeira avaliação, permanecendo em todas as atividades de olhos abertos. Foi passível de observar maiores resistências nas mobilidades, contrações distais, menor mobilidade articular, incapacidade de descontração voluntária. No que concerne especificamente às diadococinesias demonstrou dificuldades em realizar movimento simultâneos das mãos, com pouca amplitude de movimento. No que se refere às sincinesias apresentou movimentos contralaterais dos dedos de ambas as mãos, fazendo crispação dos dedos sobre a mesa, com maior evidência que anteriormente. As sincinesias bucais, foram menos evidentes que anteriormente, apertando os lábios quando apertava a bola.

Na Equilibração o P.H. manifestou uma preferência pelo pé direito, tendo tido um perfil euprático. As maiores dificuldades foram detetadas no subtópico equilíbrio estático, não permanecendo os 30s de olhos fechados, com pequenos movimentos das mãos e oscilações unidirecionais no plano sagital e transversal em apoio unipedal, onde foi capaz de manter um ângulo de 90° com a perna esquerda, perna fletida. Contrariamente à primeira avaliação realizou as atividades que requeriam fazer as tarefas de olhos fechados, sem oposição ou resistência

Neste tópico, Lateralização, o P. H. demonstrou uma consistência da preferência dos propioefetores e nos telerreceptores, não sendo observadas dificuldades com significado psiconeurológico, conforme observado na primeira avaliação.

O fator Noção do Corpo foi aquele em que se verificou um aumento de dificuldades. É de realçar que continuou a realizar com facilidade a localização contralateral e reversível, assim como o reconhecimento da esquerda-direita e o sentido cinestésico. O subtópico Imitação de Gestos dificuldades semelhantes às anteriores, com algumas distorções das três formas que conseguiu imitar. No subtópico Autoimagem o P.H. apenas acertou na ponta do nariz duas das quatro vezes, rodando ligeiramente a cabeça, sempre com movimentos hipercontrolados.

A Estruturação Espaciotemporal, manteve-se uma das áreas menos fortes do P.H.. No subtópico da organização demonstrou uma menor hesitação nos cálculos, com ajuda dos dedos. Porém, foi capaz de realizar os três percursos com alargamento das passadas no percurso em que se inserem mais passos. No subtópico estruturação dinâmica acertou três das seis tarefas, contudo esperando que o técnico tapasse os fósforos sem hesitação, esperando e observando durante o tempo permitido as estruturas. O tempo entre a proposta e apresentação do exemplo a fazer, e a execução foi maior, não referindo de imediato que já sabia a sequência como na avaliação inicial. De referir que o P.H. facilmente nomeava que fósforos estavam mal. Na representação topográfica não foram observadas dificuldades com significado neurológico, apenas algumas interrupções. A estruturação rítmica continuou a ser uma das áreas mais fracas do P.H., revelando um perfil apráxico, não tendo acertado em nenhuma das representações motoras das estruturas rítmicas.

No fator Praxia Global, os subtópicos de maior dificuldade foram a coordenação óculo manual e a dismetria, por consequência da apraxia apresentada na primeira, havendo uma alteração de dificuldades relativamente à avaliação inicial. Nestas atividades foram ainda executados os lançamentos e pontapés de forma revezada, tendo esperado quieto no lugar e sem deambular.

No último fator, Praxia Fina, a maior dificuldade do P.H. permaneceu as tarefas de velocidade-precisão. No tamborilar é de mencionar que na realização simultânea apresentou menores dificuldades, executando de forma mais lenta, mas melódica. Nos itens de velocidade-precisão o P.H. demonstrou, mais uma vez, rigidez e vigilância excessiva, realizando pequenas bolas, sempre preenchidas em vez de pontos, e uma necessidade em realizar as cruzes sempre da mesma forma, primeiro a linha horizontal e posteriormente a vertical. Nestas mesmas atividades, em que sabia que tinham tempo, mostrou-se bastante hesitante e irrequieto na realização, tentando ver o tempo algumas

vezes, porém sem se irritar, bater na mesa, tendo diminuído a frustração, mas mantendo ansiedade nestas tarefas.

2.2.2.4.2 DAP

A avaliação final do desenho do corpo foi efetuada posteriormente à aplicação da BPM, na sala da música e sob as mesmas condições materiais anteriores. Porém foi perceptível condições emocionais do P.H. distintas das da avaliação inicial, estando mais desconcentrado, frustrado e zangado com uma situação de confronto anterior ao momento de avaliação. Salientar que terminou todos os desenhos dentro do tempo limite de cinco minutos, tendo pedido para o cronometro se encontrar ao seu alcance para ir vendo o tempo restante.

No desenho do homem apresenta semelhante representação das partes do corpo, contudo com desenho do cabelo e barba distintos (ver Figura 6: Homem, DAP Final). As orelhas encontram-se com menos detalhe e sem proporcionalidade. Permanece sem desenhar detalhes dos dedos e da boca, e sem proporção dos olhos. O tracejado é bastante uniforme, todavia com um reforço e mais preenchimento na zona do maxilar inferior e pescoço.

Na representação feminina apenas desenhou a cabeça com proporcionalidade contrariamente à avaliação primária. Ficou a maioria do tempo a desenhar as pestanas e os olhos, onde se verifica um traçado mais carregado e preenchido, como se pode ver na Figura 7: Mulher, DAP Final. Apesar de não ter conseguido acabar o desenho durante o tempo estipulado, apenas pediu se podia acabar no fim. O desenho do próprio (Figura 8)

Figura 5: Mulher, DAP Final

apresenta todas as partes do corpo reflete a sua postura e atitude quando entrou na sessão.



Figura 6: O Próprio, DAP Final

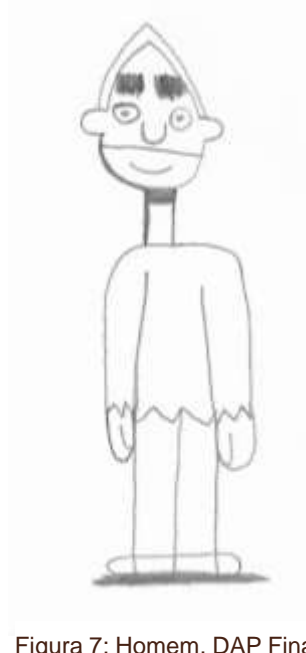


Figura 7: Homem, DAP Final



2.2.2.5 Discussão de resultados e Reflexão

Após a intervenção verificou-se uma evolução da criança, nos objetivos traçados a nível psicomotor e quanto aos objetivos traçados na área do comportamento e social. Foi verificável um aumento da expressão motora em quase todos os fatores psicomotores, com mais recetividade na concretização das tarefas, menor impulsividade na realização das mesmas e uma maior consciencialização corporal. Apesar de regressões no momento de avaliação final, ao longo das sessões foi observada consistência em diversas competências, contradizendo a avaliação. Este aspeto pode estar relacionado ao P.H. ter tido alterações no ceio familiar, especialmente na interação com a avó materna que teve cancro e com a qual tem uma relação bastante próxima. Esta alteração na relação com a avó e com os restantes familiares por consequência deste momento, interferiram com as diversas relações do P.H. em diferentes contextos.

Houve um bom cumprimento e assiduidade nas sessões, permitindo experienciar atividades distintas das vivências anteriores.

A criança beneficiará de uma continuidade das sessões psicomotoras, de preferência em grupo de modo a promover a socialização e jogos sociais com os pares. No que concerne aos objetivos estabelecidos, estes devem ainda ser trabalhados visto que não foram atingidos na sua totalidade e para consolidar os já atingidos. Mais especificamente, deve-se ter prioridade no controlo postural, nomeadamente sentado, na consciencialização e relaxação voluntária dos membros, na memorização de sequências visuais. Na praxia fina deve ser continuado a trabalhar a hipertonia e rigidez, movimentos excessivamente vigiados e hipercontrolados, devido à obsessão ainda persistente em ficar a realizar determinado movimento, como permanecer a fazer parte de uma letra, pontos grandes e totalmente preenchidos.

No comportamento deve-se reforçar atividades cronometradas, não permitindo que continue atividades se passar o tempo estipulado, e mostrar alternativas à frustração e amuo, promovendo a comunicação do que pretende. Deve ainda ser privilegiado o desenho como forma de comunicação e expressão, uma vez que o P.H. é capaz de utilizar o mesmo para demonstrar atitudes e sentimentos, contudo reforçando a linguagem verbal para explicar o que está transmitido no desenho.

3 Relação com outros profissionais, família e comunidade

A intervenção na APPDA envolveu o estabelecimento de diversos tipos de relação, não apenas a relação terapêutica com as crianças e jovens com quem efetuei intervenção e suas famílias, mas também com os diversos técnicos que constituem a equipa técnica da APPDA-Viseu. Diariamente foi possível interagir com os diversos técnicos da equipa da APPDA-Viseu, sendo possível trocar informações e partilhar estratégias sobre a intervenção dos diversos casos acompanhados. Adicionalmente, eram realizadas, ocasionalmente e posteriormente com frequência de quinze em quinze dias reuniões de equipa para organização de logística, partilha de informações relativamente a eventos. Eram também abordados casos em que estivesse a haver alguma dificuldade numa área de intervenção ou que necessitassem de uma reformulação de estratégias e objetivos comuns, assim como partilha de novos casos.

O contacto com as famílias foi sempre efetuado de forma informal, em momentos de receção ou despedida dos clientes, de modo a trocar informações sobre os clientes, estratégias e objetivos que estavam a ser trabalhados. A anamnese foi efetuada, nos casos

em que não se encontrava explícita, através do formulário cedido pela instituição tendo em consideração aspetos descritos nos processos individuais.

O contacto com a comunidade ocorreu em diversas frentes, desde a participação do projeto “Bué Animados”, grupo musical da APPDA formado inicialmente por três jovens da associação, e atualmente com participação de outros jovens e crianças, assim como técnicos e familiares. A participação passou por momentos de ensaios e atuações em diversos momentos a convite de escola, da Câmara Municipal de Viseu e de Juntas de Freguesia. Nas férias era priorizado o contacto com a comunidade através de visitas a diversos museus municipais e fora do distrito, e a realização de atividades em parques locais. Particpei, ainda, na preparação e atuação da “Gala de Natal Solidária da APPDA-Viseu”, desde ajudar a planificar a atuação, coreografias, escolha e elaboração de adereços, assim como a preparar as crianças e jovens para os diversos momentos do espetáculo, relembrar que momento se seguia, na execução das coreografias e trocas de roupa dos participantes.

Conclusão

Com o final de oito meses intensivos de estágio, intervindo com uma heterogeneidade de pessoas, utentes e suas famílias, e equipa técnica, foi me reforçada a necessidade que já tinha sentido anteriormente de existir um estágio com mais horas de prática. Esta necessidade verifica-se desde a licenciatura, em que cursos como Educação Social tem uma igual componente de estágio na sua licenciatura que os profissionais de Reabilitação Psicomotora em estágio de mestrado.

Todas as experiências, desde avaliações, planeamento de sessões, improvisação em momentos de férias permitiram aumentar a minha flexibilidade cognitiva e resiliência perante situações adversas. As reuniões e partilhas de casos possibilitaram compreender as crianças e jovens com quem trabalhei, mesmo que em momentos fora de terapia de modo a proporcionar interações, regras e ir realizando pequenas atividades que permitissem potencializar todas as competências das crianças.

Inicialmente, o facto de ter uma colega psicomotricista a trabalhar na associação foi bastante positivo para poder observar algumas sessões, e partilhar experiências anteriores. Porém a sua permanência foi encurtada e senti alguma falta de apoio na área, a nível prático, uma vez que as restantes sessões de intervenção na área eram realizadas por um Técnico Superior de Atividade Física e Desporto. Apesar desta lacuna, que ainda existe em alguns sítios, em que não é o psicomotricista a fazer esta intervenção, senti que este foi uma ajuda crucial que na ajuda para explorar novas atividades como para partilhar diversos materiais teóricos. Reforço ainda que a partilha de informações e toda a integração rápida que houve com toda a equipa possibilitou uma fácil transição, e melhor um acompanhamento dos casos.

Relembro a importância de um psicomotricista na equipa e de se valorizar mais esta área de intervenção, uma vez que é necessário colmatar os inúmeros casos que necessitam de intervenção psicomotora e que não usufruem por não existir um realce da importância da mesma.

Bibliografia

- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
- APPDA-Viseu. (2012). Regulamento Interno de Funcionamento da APPDA-Viseu. Viseu
- APPDA-Viseu. (2013). Políticas da APPDA-Viseu. Viseu
- APPDA-Viseu. (2014). Apresentação Institucional: Relatório de Atividades. Viseu.
- APPDA-Viseu. (2015). Apresentação Institucional: Relatório de Atividades. Viseu.
- APPDA-Viseu. (s.d). Missão | Visão | Valores. Consultado a 10 de outubro de 2018, de <http://www.appdaviseu.com/qualidade/missao-e-objectivos/>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (s.d). Consultado a 23 de março de 2018, em <http://www.appsicomotricidade.pt/>
- Autism Speaks. (2012). Applied Behavior Analysis (ABA). Consultado a 06 de fevereiro de 2019, em <https://www.autismspeaks.org/what-autism/treatment/applied-behavior-analysis-aba>
- Baranek, G. T. (1999) Autism during infancy: a retrospective vídeo analysis of sensory-motor and social Behavior ate 9-12 moths of age. *Journal of Autism and Development Disorders*, 29(3), 213-224.
- Bosa, C. A. (2001). As relações entre Autismo, Comportamento Social e Função Executiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(2), 281–287.
- Chevallier, C. (2013). Theory of Mind. Em F. Volkmar (Ed.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 3111–3115). New York: Springer.
- Chiang, C. H., Soong, W. T., Lin, T. L., & Rogers, S. J. (2008). Nonverbal communication skills in young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(10), 1898. DOI:10.1007/s10803-008-0586-2.
- Conson, M., Hamilton, A., De Bellis, F., Errico, D., Improta, I., Mazzarella, E., ... & Frolli, A. (2016). Body constraints on motor simulation in autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(3), 1051-1060. DOI: 10.1007/s10803-015-2652-x.
- Conson, M., Mazzarella, E., Donnarumma, C., & Trojano, L. (2012). Judging hand laterality from my or your point of view: Interactions between motor imagery and visual perspective. *Neuroscience Letters*, 530(1), 35–40.
- Conson, M., Mazzarella, E., Frolli, A., Esposito, D., Marino, N., Torjano, L., et al. (2013). Motor imagery in Asperger syndrome: Testing action simulation by the hand laterality task. *PLoS ONE*, 8(7), e70734.
- Costa, J. (2005). Dinâmica de grupo em psicomotricidade de base relacional. Em M. Vidigal & Colaboradores, *Intervenções Terapêuticas em Grupo de Crianças e Adolescentes* (pp. 277–298). Lisboa: Trilhos Editora
- Czermainski, F. R., Riesgo, R. D. S., Guimarães, L. S. P., Salles, J. F. D., & Bosa, C. A. (2014). Executive functions in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Paidéia* (Rib,24(57), 85-94. Doi: 10.1590/1982-43272457201411.

- Czermainski, F. R., Riesgo, R. D. S., Guimarães, L. S. P., Salles, J. F. D., & Bosa, C. A. (2014). Executive functions in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Paidéia*, 24(57), 85-94. DOI: 10.1590/1982-4327245720141
- Dyer, K. (2013). Applied Behavior Analysis. Em F. Volkmar (Ed.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 225–232). New York: Springer.
- Dziuk, M. A., Larson, J. G., Apostu, A., Mahone, E. M., Denckla, M. B., & Mostofsky, S. H. (2007). Dyspraxia in autism: association with motor, social, and communicative deficits. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(10), 734-739.
- Eigsti, I. M., Rosset, D., Col Cozzari, G., da Fonseca, D., & Deruelle, C. (2015). Effects of motor action on affective preferences in autism spectrum disorders: Different influences of embodiment. *Developmental Science*,. doi:10.1111/desc.12278.
- Ferreira, X., & Oliveira, G. (2016). Autismo e Marcadores Precoces do Neurodesenvolvimento. *Acta Medica Portuguesa*, 29(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6790>
- Ferreira, X., & Oliveira, G. (2016). Autismo e Marcadores Precoces do Neurodesenvolvimento. *Acta Medica Portuguesa*, 29(3). DOI: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6790>
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos Seus Factores* (3ªEd.). Lisboa: Âncora Editora.
- Frith, U. (2003). *Autism: Explaining the enigma* (2nd ed.). Malden, : Blackwell Publishing.
- Happé, F. (1997). Central coherence and theory of mind in autism: Reading homographs in context. *British journal of developmental psychology*, 15(1), 1–12. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1997.tb00721.x>
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The Weak Coherence Account: Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 36(1), 5–25. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0039-0>
- Ishihara, M. K., Tamanaha, A. C., & Perissinoto, J. (2016). Compreensão de ambiguidade em crianças com Transtorno Específico de Linguagem e Fala e Transtorno do Espectro Autista. *CEP*, 40(23), 900. DOI: 10.1590/2317-1782/20162015260
- Johnson, C. P., Myers, S. M., & Council on Children With Disabilities. (2007). Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders. *PEDIATRICS*, 120(5), 1183–1215. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2361>
- Levy, F. (2007). Theories of autism. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(11), 859–868. Doi: <https://doi.org/10.1080/00048670701634937>
- Levy, S. E., Mandell, D. S., & Schultz, R. T. (2009). Autism. *Lancet*, 374(9701), 1627–1638. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61376-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61376-3)
- Llinares, M. L., & Rodríguez, J. S. (2003). Cresciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a las personas con espectro autista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3(10), 11–24.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As práticas entre o Instrumental e o Relacional. Em *Progressos em Psicomotricidade*. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), (pp. 29–40). Lisboa: Edições FMH.
- Ming, X., Brimacombe, M., & Wagner, G. C. (2007). Prevalence of motor impairment in autism spectrum disorders. *Brain and Development*, 29(9), 565–570. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2007.03.002>

- Minshew, N. J., Sung, K., Jones, B. L., & Furman, J. M. (2004). Underdevelopment of the postural control system in autism. *Neurology*, 63(11), 2056–2061. doi:10.1212/01.WNL.0000145771.98657.62
- Naglieri, J. (1988). DAP – Draw-a-Person: A quantitative scoring system. San Antonio: The Psychologists Corporation Harcourt Brace Jovanovich. Inc. Traduzido e adaptado por N. Cabral e H. Sousa, n.d. Departamento de Educação Especial e Reabilitação, UTL
- Nobile, M., Perego, P., Piccinini, L., Mani, E., Rossi, A., Bellina, M., & Molteni, M. (2011). Further evidence of complex motor dysfunction in drug naive children with autism using automatic motion analysis of gait. *Autism*, 15(3), 263–283. doi:10.1177/1362361309356929
- Paquet, A., Golse, B., Girard, M., Olliac, B., & Vaivre-Douret, L. (2017). Laterality and Lateralization in Autism Spectrum Disorder, Using a Standardized Neuro Psychomotor Assessment. *Developmental Neuropsychology*, 42(1), 39–54. Doi: <https://doi.org/10.1080/87565641.2016.1274317>
- Paquet, A., Olliac, B., Golse, B., & Vaivre-Douret, L. (2016). Current knowledge on motor disorders in children with autism spectrum disorder (ASD). *Child neuropsychology*, 22(7), 763-794. DOI: 10.1080/09297049.2015.1085501
- Paquet, Olliac, Golse & Vaivre-Douret (2015): Current knowledge on motor disorders in children with autism spectrum disorder (ASD), *Child Neuropsychology*, DOI: 10.1080/09297049.2015.1085501
- Rajendran, G., & Mitchell, P. (2007). Cognitive theories of autism. *Developmental review*, 27(2), 224-260. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.02.001>
- Reis, H. I. S., Pereira, A. P. D. S., & Almeida, L. S. (2016). Características e especificidades da comunicação social na perturbação do Espectro do Autismo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 22(3), 325-336. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-6538221600030000>
- Reis, H. I. S., Pereira, A. P. D. S., & Almeida, L. S. (2016). Características e especificidades da comunicação social na perturbação do Espectro do Autismo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 22(3), 325-336.
- Santos, D. (2012). Desenho da Figura Humana: Evidências de Validade como Medida de Desenvolvimento Cognitivo em Crianças (Mestrado). Instituto Superior de Educação e Ciências de Lisboa
- Sassano, M. (2003). ¿Qué es la psicomotricidad?. *Cuerpo, Tiempo y Espacio*. Buenos Aires: Stadium.
- Sassano, M., & Bottini, P. (2000). Apuntes para una historia de la psicomotricidad. Em Bottini, P. (Ed.), *Psicomotricidad: prácticas y conceptos* (pp. 15–36).
- Schopler, E., Lansing, M. D., Reichler, R. J., & Marcus, L. M. (2005). *Psychoeducational Profile: TEACCH Individualized Psychoeducational Assessment for Children with Autism Spectrum Disorders – Third Edition*. Texas: Pro-Ed
- Shea, V. (2013). Treatment and Education on Autistic and Related Communication Handicapped Children. Em F. Volkmar (Ed.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 3165–3168). New York: Springer.
- Shetreat-Klein, M., Shinnar, S., & Rapin, I. (2014). Abnormalities of joint mobility and gait in children with autism spectrum disorders. *Brain and Development*, 36(2), 91–96. doi:10.1016/j.braindev.2012.02.005

- Solomon, M. (2013). Executive Function. Em F. Volkmar (Ed.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorder* (pp. 1178–1182). New York: Springer.
- Whyatt, C., & Craig, C. (2012). Motor skills in children aged 7–10 years, diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 42(9), 1799–1809. doi:10.1007/s10803-011-1421-8

Anexos

Anexo A: Exemplo de Plano de Sessão, caso 1



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Plano de sessão (10-10-2017)

Nome: Y.L.

Objetivos Gerais: imitação, motricidade global, cognição, competências da comunicação, competências sociais

Objetivos Específicos: linguagem expressiva, linguagem recetiva, coordenação oculomanual, equilíbrio dinâmico

Duração	Atividade	Descrição	Material	Objetivos	Critérios De Êxito	Estratégias
Parte Inicial	6' Ritual de entrada	Entrar na sala e cumprimentar a técnica. Atividade espontânea da criança para quebra da rotina da escola		Promover interação social	Deve ser capaz de cumprimentar a técnica ao entrar na sala, após a técnica o fazer.	Repetição da saudação por parte da técnica. Caso não comece alguma atividade de forma espontânea iniciar corrida com a criança
Parte Fundamental	34' Percurso de Atividades	Saltar a pés juntos por diversos arcos, com cores diferentes.	Arcos de várias cores.	Promover saltos.	Deve ser capaz de saltar a pés juntos para cada arco, sem pisá-lo e fazendo saltos de forma melódica.	Demonstração Contar até 3 antes de fazer o próximo salto.
		Ir buscar os objetos colocados no fim, colocando em cada caixa objetos correspondentes que a técnica indicar (por tamanho ou categoria). Mudar	Animais Frutas Bolas dois	Promover associação de tamanhos e categorias.	Deve ser capaz de colocar as bolas grandes e as pequenas, nas caixas	Questionar se determinada bola é grande ou pequena.

após executar 2 vezes o percurso.	tamanhos diferentes.	Promover a identificação de tamanhos.	a a pedido, podendo errar 20% das bolas.	Questionar em que caixa se deve colocar.
	Caixas	Promover a nomeação de animais e frutas.	Deve ser capaz de nomear verbalmente, as bolas pequenas e grandes, podendo errar 20% das bolas.	Pistas verbais ("é gr..").
		Promover a categorização de objetos.	Deve ser capaz de nomear verbalmente que animal ou fruta é, sem erros.	Indicar o que é, grande, pequena, qual o animal ou fruta, e voltar a questionar.
		Promover memória de trabalho.	Deve ser capaz de identificar, colocando no local correto, se é um animal ou fruta, podendo errar 30% das vezes.	Colocar em cada arco um exemplo do que é pedido.
Empilhar tijolos	Blocos	Promover coordenação oculomanual.	a Deve ser capaz de fazer uma torre com o mínimo de 5 blocos.	Demonstração
Colocar argolas nos bastões correspondentes, conforme a cor.		Promover nomeação de cores.	a Deve ser capaz de nomear as cores das argolas, sem erros.	
		Promover associação de cores	a de	

		Bowling.	6 pinos Bolas médias	Promover o lançamento para um alvo a 1,5m de distância	Deve ser capaz de deitar abaixo pelo menos metade dos pinos.	Demonstração. Ajuda física. Colocar barreiras para a bola ficar mais direcionada.		
Parte Final	5'	Relaxamento	Escurecer a sala, colocar luzes e fazer bolinhas de sabão, deitada no chão. A criança posteriormente faz bolinhas de sabão e movimentos com a lanterna iguais aos da técnica.	Colchão Lanterna de luzes de várias cores Bolinhas de sabão	Promover coordenação ocular.	a	Deve ser capaz de seguir com o olhar as bolinhas de sabão e o lugar para onde é direcionada a luz.	Demonstração.
					Promover imitação visuomotora.	a	Deve ser capaz de, após demonstração, imitar movimentos executados com a lanterna, podendo ter ajudas.	Ajuda física e verbal.

Anexo B: Exemplo de Plano de Sessão, caso 2



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Plano de sessão (21-03-2018)

Nome: P.H.

Objetivos Gerais: tonicidade, equilíbrio, praxia global, capacidade de planificação, competências sociais

Objetivos Específicos: passividade, paratonia, equilíbrio dinâmico, coordenação oculopodal, autonomia, reciprocidade social, interação social

Duração	Atividade	Descrição	Material	Objetivos	Crítérios De Êxito	Estratégias
Parte Inicial	10'	Ritual de entrada		Entrar na sala e cumprimentar a técnica.	Promover interação social. Promover autonomia.	Deve ser capaz de cumprimentar a técnica ao entrar na sala. Deve ser capaz de iniciar uma pequena conversa. Deve ser capaz de nomear as regras estabelecidas e recompensar.
				Relembrar as regras e recompensas do contrato.		
				Iniciar uma conversa, sobre a semana e sobre o que vai acontecer na sessão.		
Parte Fundamental	30'	Percurso de Atividades	Arcos	Promover os saltos unipedais e pés juntos. Promover a sequencialização	Deve ser capaz de saltar a pés juntos/ pé-coxinho para cada arco, sem pisá-lo e fazendo saltos de forma melódica. Deve ser capaz de lembrar-se da sequência.	Demonstração Contar até 3 antes de fazer o próximo salto. Questionar qual o salto seguinte.

		Promover memória	a	executando-a da forma mencionada, após demonstração.	Fazer contagens dos saltos (1, 2, 3 → referindo a um tipo; 1 outro tipo de salto, 1, 2 → outro tipo)
					Repetição.
Andar em cima da trave de diversas formas, um pé em cima e outro no chão, para a frente, para trás, de lado.	Trave	Promover equilíbrio		Deve ser capaz de andar conforme pedido na trave, com poucas reequilibrações e mãos na cintura.	Demonstração. Ajuda física.
Deitar abaixo os pinos que se encontram espalhados pela sala com uma bola, utilizando o pé indicado, num período.	Pinos de Bolas diferentes tamanhos Cronómetro	Promover coordenação oculo pedal	a	Deve ser capaz de deitar todos os pinos a baixo, apenas com o pé indicado, em 30s.	Demonstração. Indicação do tempo ao longo da atividade.
Saltar no trampolim	Trampolim	Promover saltos. Promover equilíbrio.	os	Deve ser capaz de saltar no trampolim.	Ajuda física parcial.
Pontapés para a parede, várias distâncias da mesma.	Bolas	Promover coordenação oculopedal. Promover controlo de força exercida.	a	Deve ser capaz de acertar na parede. Deve ser capaz de exercer a força necessária para a bola chegar à parede.	Demonstração. Questionar quando se deve fazer mais força ou menos.

	Recompensa	Atividade à escola	Material escolha	à	Promover autonomia. Promover cumprimento regras	a o de	Deve ser capaz de cumprir o contrato estabelecido
Parte Final	5'	Relaxamento	Escurecer a sala, colocar luzes e música de fundo, realizar movimentos nos membros da criança.	Colchão Lanterna de luzes de várias cores Música	Promover paratonia. Promover passividade.	a a	Deve ser capaz de descontrair voluntariamente.

Anexo C: Exemplo de Contrato de Comportamento

Contrato de Comportamento

Data:

Eu, _____, concordo com cumprir as seguintes regras:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Se eu obedecer a todas as regras, poderei no final de cada sessão fazer uma atividade que eu goste, nos últimos 15 minutos da sessão.

Se eu não conseguir cumprir pelo menos metade, eu não posso fazer o acima mencionado.

Este contrato é válido até _____ e é a Psicomotricista Bruna que vai verificar o cumprimento das regras.

P.H.

Bruna

Anexo D: Exemplo de Relatório de Observação, caso 1



APPDA – Viseu



CONFIDENCIAL

RELATÓRIO DE OBSERVAÇÃO

Nome: Y.L.

Data de Nascimento: 07-11-2011

Data de avaliação: 18 e 19-09-2017

Idade Cronológica: 5A 10M

Observado por: Bruna Marisa Silva (Técnica Superior de Reabilitação Psicomotora).

Supervisão: Dr.ª Prazeres Domingues (Diretora Técnica)

Associação Portuguesa para as Perturbações de Desenvolvimento e Autismo
Av. Aquilino Ribeiro, Departamento de Psiquiatria do CHTV – 2º Piso, 3513-114 – Abraveses, Viseu
Telefone: 232452069/924224249 E-mail: geral@appdoviseu.com ; appdoviseu@gmail.com
Website: <http://www.appdoviseu.com/>
Facebook: <https://pt-pt.facebook.com/APPDAViseu>

NIF: 306479811



APPDA – Viseu



MOTIVO DA AVALIAÇÃO

A presente avaliação foi realizada a pedido da equipa técnica interveniente no processo terapêutico da Y.L., nas instalações da APPDA-Viseu (Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Viseu).

A avaliação do P.H. foi feita através da aplicação da Bateria Psicomotora (BPM), tendo sido aplicada em dois dias, num período de 40 minutos em cada dia. Nos dois dias, a BPM foi aplicada na sala da música e nas instalações da APPDA-Viseu, sala familiar à criança. Esta sala possui uma janela no fundo da sala da largura da parede de fundo, permitindo que entre luz natural, mas necessitando da utilização de luz artificial devido ao período da sessão. Importa referir que esta sala possui de diversos materiais musicais numa parte, uma mesa, diversas cadeiras a delimitar o espaço dos instrumentos, entre outros materiais.

OBSERVAÇÃO DO COMPORTAMENTO

Durante todas as atividades a criança apresentou-se bastante cooperativa, mostrando alguns sinais de cansaço e tentativas em dispersar pela sala nos momentos finais, tendo-se, desta forma, optado pela divisão em dois dias. Revelou um período de atenção curto, necessitando de motivação e reforços positivos imediatos para cumprimento de algumas tarefas.

Corresponde positivamente à valorização física pelo avaliador.

APRECIACÃO DESCRITIVA

Para esta avaliação, foi utilizado o instrumento PEP-3, perfil psicoeducativo. Este é um instrumento que avalia a idade de desenvolvimento e identifica padrões de aprendizagem desadequadas de crianças com autismo. O PEP-3 é composto por duas escalas – Desenvolvimento psicomotor e Comportamento - e oferece informações relativas ao funcionamento do desenvolvimento nas áreas globais de Comunicação, Motricidade e Comportamento. O PEP-3 é constituído por uma série de brinquedos e

Associação Portuguesa para as Perturbações de Desenvolvimento e Autismo
Av. Aquilino Ribeiro, Departamento de Psiquiatria do CHTV – 2º Piso, 3315-114 – Abraveses, Viseu
Telefone: 232452069/924224249 E-mail: geral@apdviseu.com ; apdviseu@gmail.com
Website: <http://www.apdviseu.com/>
Facebook: <https://pt-pt.facebook.com/APPDViseu>

NIF: 306479811



materiais pedagógicos que são apresentados à criança de uma forma lúdica e estruturada como jogo e brincadeira, e aplicadas por instrução verbal, gestos, demonstração e apoio físico. O sistema de pontuação referente aos itens de desenvolvimento é dividido em três níveis: Passa, Falha e Emergente. Este último tipo de resposta (quando a criança consegue realizar a tarefa com ajuda do examinador), representa que ainda não há consolidação da estrutura cognitiva, e/ou conhecimento parcial da criança sobre a realização da tarefa e/ou que ela compreende a tarefa, mas que a realiza de forma peculiar.

RESULTADOS

Os resultados obtidos revelam diversas dificuldades nos diversos domínios avaliados, que são descritos em seguida, tendo como área forte, e de preferência da criança, a **Motricidade Fina**. Face a área da **Comunicação**, as maiores dificuldades da criança centram-se na “Linguagem Expressiva”, na área da **Motricidade** as dificuldades são pouco significativas, apresentando uma maior complexidade na “Motricidade Global”. Nos **Comportamentos Desajustados**, as maiores dificuldades localizam-se nas “Características Verbais”, na “Reciprocidade Social” e “Expressão Afetiva”. A quantificação por domínios e subtestes encontram-se na tabela seguinte (Tabela 1).

Tabela 1: Quantificação dos itens por subtestes

Domínio	Área/ subtestes	Sucesso	Emergente	Insucesso
Comunicação	Cognição Verbal/ Pré-Verbal	19	11	4
	Linguagem Expressiva	4	5	16
	Linguagem Recetiva	9	7	3
Motricidade	Motricidade Fina	18	1	0
	Motricidade Global	13	0	2
	Imitação Visuomotora	7	3	0
Comportamentos Desajustados	Expressão Afetiva	4	3	3
	Reciprocidade Social	6	4	3
	Características Motoras	8	6	0
	Características Verbais	0	2	9



AQUISIÇÕES

No domínio da **Comunicação**, as dificuldades recaem na verbalização e nomeação. Mais especificamente na área da “Cognição Verbal/ Pré-Verbal”, apresentou 11 itens emergentes, desde capacidade de orientar-se para um som, imitar sequências rítmicas, copiar figuras geométricas, demonstrar interesse por livros ou a função de cinco objetos. Na área da “Linguagem Expressiva” obteve cinco itens emergentes, desde nomear figuras e cores, a executar pedidos de comida ou bebida, ou utilizar espontaneamente uma palavra ou gesto para ajuda. Referente à área da “Linguagem Recetiva” a Y. obteve sete itens emergentes, devendo ser tida em consideração apontar algo a pedido, executar ordens com instruções complexas, seguir quatro ordens compostas por uma e duas instruções, e parar quando chamada pelo nome.

Apresenta o domínio da **Motricidade** como uma das suas áreas fortes, sendo que na “Motricidade Fina” apresenta a maioria dos seus itens adquiridos e apenas um item emergente relacionado com o encaixe de peças conforme o tamanho. Na área da “Motricidade Grossa” demonstra zero competências emergentes, porém com dois insucessos, apanhar um lançamento de uma bola e lançar a bola para um alvo intencionalmente. Na “Imitação Visuomotora”, apresenta quase todos os itens como adquiridos, tendo apenas três itens emergentes, relacionados com a olhar e rodar um caleidoscópio, acionar a campainha após imitação e demonstrar a capacidade de quatro objetos.

O domínio dos **Comportamentos Desajustados** também deve ser tido em consideração, sendo que na área da “Expressão de Afetividade” apresenta em aquisição aspetos como a utilização de várias expressões faciais, demonstração de sentimentos pela postura corporal e de afeto adequado durante o teste, com a mesma percentagem de itens não adquiridos, porém com uma maioria de itens adquiridos. Na “Reciprocidade Social” apresenta uma maioria de itens adquiridos e apenas quatro itens emergente, relacionados com o manter o contacto ocular e a procura de ajuda. Também apresenta dificuldades a imitação, no jogo social, contudo coopera com o examinador, respeitando a tomada de vez e é altamente motivada por recompensas imediatas. Na área das “Características Motoras” a Y apresentou em aquisição a manipulação de objetos e brincar com um fio de



APPDA – Viseu



forma adequada, explorar visualmente o meio envolvente, parar uma atividade após um som e orientar-se para o mesmo, observa-se também algumas estereotipias motoras como o flapping. Todavia aceita mudar de tarefa com facilidade, brinca sozinha de forma adequada e examina texturas adequadamente. Relativamente às “Características Verbais”, esta área foi a menor forte da Y.L., apresentando nenhum item adquirido e a maioria dos itens como não adquiridos, o que se prende pela Y.L. não utilizar a linguagem verbal de forma espontânea e a sua pouca utilização, anulando esses itens. Contudo, apresentou dois itens em aquisição sendo estes a utilização de ecolalia imediata e ter uma perseveração de palavras e/ou sons, em apenas algumas circunstâncias e não de forma generalizada.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A avaliação através deste instrumento indica que deve ser feita uma reavaliação, após um período de intervenção, de forma a entender a evolução e adequar os objetivos e estratégias adequadas.

A criança deverá manter as intervenções realizadas, nomeadamente terapia comportamental, ABA, e terapia da fala, iniciando a psicomotricidade de modo a colmatar as dificuldades observadas, de forma mais concreta. É fundamental um trabalho contínuo e multidisciplinar com a criança, havendo uma generalização das estratégias e objetivos, nos vários contextos de vida.

Diretora Técnica

(Prazeres Domingues)

Associação Portuguesa para as Perturbações de Desenvolvimento e Autismo
Av. Aquilino Ribeiro, Departamento de Psiquiatria do CHTV – 2º Piso, 3313-114 – Abraveses, Viseu
Telefone: 232432069/924224249 E-mail: geral@appdaviseu.com ; appdaviseu@gmail.com
Website: <http://www.appdaviseu.com/>
Facebook: <https://pt-pt.facebook.com/APPDAViseu>

NIF: 506479811

Anexo E: Exemplo de Relatório de Observação, caso 2



APPDA – Viseu



CONFIDENCIAL

RELATÓRIO DE OBSERVAÇÃO

Nome: P. H

Data de Nascimento: 22-02-2007

Data de avaliação: 07 e 14-02-2018

Idade Cronológica: 10A 11M

Observado por: Bruna Marisa Silva (Técnica Superior de Reabilitação Psicomotora).

Supervisão: Dr.ª Prazeres Domingues (Diretora Técnica)

Associação Portuguesa para as Perturbações de Desenvolvimento e Autismo
Av. Aquilino Ribeiro, Departamento de Psiquiatria do CHTV – 2º Piso, 3513-114 – Abraveses, Viseu
Telefone: 232452069/924224249 E-mail: geral@appdavisu.com ; appdavisu@gmail.com
Website: <http://www.appdavisu.com/>
Facebook: <https://pt-pt.facebook.com/APPDAViseu>

NIF: 306479811



APPDA – Viseu



MOTIVO DA AVALIAÇÃO

A presente avaliação foi realizada a pedido do pedopsiquiatra e dos professores, assim como da psicóloga que o acompanha na APPDA-Viseu.

A avaliação do P.H. foi feita através da aplicação da Bateria Psicomotora (BPM), tendo sido aplicada em dois dias, num período de 40 minutos em cada dia. Nos dois dias, a BPM foi aplicada na sala da música e nas instalações da APPDA-Viseu, sala familiar à criança. Esta sala possui uma janela no fundo da sala da largura da parede de fundo, permitindo que entre luz natural, mas necessitando da utilização de luz artificial devido ao período da sessão. Importa referir que esta sala possui de diversos materiais musicais numa parte, uma mesa, diversas cadeiras a delimitar o espaço dos instrumentos, entre outros materiais.

OBSERVAÇÃO DO COMPORTAMENTO

Durante todas as atividades o P.H. demonstrou interesse sendo bastante cooperativo na realização das atividades, em especial no desenho do corpo. Demonstrou algumas dificuldades em manter a atenção e enfoque durante a explicação das tarefas, saindo do sítio ou mexendo em diversos materiais, entre os quais as luvas que colocou numa cadeira. Vou passar a verificar que o P.H. tem uma necessidade de colocar as luvas direitas ao lado uma da outra, estando varias vezes a “organiza-las”.

APRECIÇÃO DESCRITIVA

Para esta avaliação, foi utilizado a “Bateria Psicomotora”. A Bateria Psicomotora (BPM) é um instrumento de avaliação proposto por Vítor da Fonseca e baseado num conjunto de tarefas, que tem como principal objetivo analisar o perfil psicomotor das crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 12 anos de idade. As suas finalidades essenciais baseiam-se na identificação de crianças com dificuldades de aprendizagem, sendo, por isto, uma ferramenta importante a nível psicopedagógico. De acordo com o autor anterior, a BPM é composta por diversas tarefas em função dos sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação

Associação Portuguesa para as Perturbações de Desenvolvimento e Autismo
Av. Aquilino Ribeiro, Departamento de Psiquiatria do CHTV – 2º Piso, 3513-114 – Abraveses, Viseu
Telefone: 232452069/924224248 E-mail: geral@appdavisu.com ; appdavisu@gmail.com
Website: <http://www.appdavisu.com/>
Facebook: <https://pt-pt.facebook.com/APPDAViseu>

NIF: 306479811



APPDA – Viseu



espaciotemporal, praxia global e praxia fina. As mesmas aplicam-se para identificar o grau de maturidade psicomotor da criança e detetar sinais desviantes, os quais podem ajudar a compreender as diferenças na evolução das crianças em idade pré-primária e primária cerebral. Em todos os fatores e subfactores, a capacidade de realização de uma tarefa é medida numericamente de “1 a 4”, sendo que a cotação “1” é a mais baixa, sendo atribuída quando a criança não responde ao que lhe é solicitado ou realiza a tarefa de uma forma imperfeita, inadequada e descoordenada. A cotação “2” representa uma tarefa realizada de forma fraca e com dificuldades de controlo, apresentando sinais desviantes, enquanto que a cotação “3” representa a completa realização da tarefa de uma forma adequada e controlada. Por sua vez, a cotação “4” é atribuída quando toda a tarefa é realizada na perfeição, apresentando facilidades de controlo psicomotor. De seguida soma todos os valores obtidos para cada fator, tendo em conta que a cotação máxima que é possível obter na prova é de 28 pontos e a mínima é de 7 pontos. Deste modo, com base nestas cotações é possível obter quatro tipos de perfis psicomotores, Hiperprático (26 a 28 pontos), Euprático (14 a 21 pontos), disprático (9 a 13 pontos) ou aprático (7 e 8 pontos).

RESULTADOS

A tabela que se segue, **Erro! A origem da referência não foi encontrada.**, mostra os resultados obtidos pelo P.H., exibindo o perfil psicomotor desta nos diversos fatores psicomotores, revelando o seu perfil psicomotor. Conclui-se, que o P.H. alcançou a cotação de dezanove, correspondendo a um perfil psicomotor normal, também designado por perfil Euprático.

Porém, pode-se verificar dispraxias nos fatores Equilibração, Estruturação Espaciotemporal e Praxia Fina, sendo as áreas menos fortes, sendo que as suas áreas fortes são a Tonicidade, a Noção do Corpo, a Lateralização e a Praxia Global.

Associação Portuguesa para as Perturbações de Desenvolvimento e Autismo
Av. Aquilino Ribeiro, Departamento de Psiquiatria do CHTV – 2º Piso, 3513-114 – Abraveses, Viseu
Telefone: 232452069/924224249 E-mail: geral@appdavisu.com ; appdavisu@gmail.com
Website: <http://www.appdavisu.com/>
Facebook: <https://pt-pt.facebook.com/APPDAViseu>

NIF: 506479811



Tabela 1: PERFIL PSICOMOTOR

Fatores Psicomotores	Cotação				Conclusões e interpretações
	4	3	2	1	
Tonicidade		X			Euprático
Equilibração			X		Disprático
Lateralização		X			Euprático
Noção do Corpo	X				Hiperprático
Estruturação Espaciotemporal			X		Disprático
Praxia Global		X			Euprático
Praxia Fina			X		Disprático
Total: 19 → Perfil Euprático					

Tonicidade

Relativamente ao fator psicomotor Tonicidade, o P.H. demonstrou maiores dificuldades na passividade dos membros inferiores e na paratonia, assim como nas sincinesias. No que concerne especificamente à passividade verificou-se dificuldades na relaxação passiva com maior acentuação nos membros inferiores, e nos membros do lado direito, quando sujeita a mobilizações, oscilações e balanços ativos e bruscos. No subtópico paratonia demonstrou resistência, contrações distais e pouca liberdade motora articular, permanecendo de olhos abertos. No que se refere às sincinesias apresentou movimentos contralaterais dos dedos da mão esquerda, quando apertava a bola com a mão direita, fazendo uma ligeira crispação dos mesmos sobre a mesa. Referente às sincinesias bucais, foram mais evidentes, fechando os olhos com força sempre que tinha de apertar a bola, havendo uma tensão tonicofacial.

Equilibração

Neste fator o P.H. manifestou uma preferência pelo pé esquerdo, tendo tido um perfil disprático neste ponto. Foram detetadas dificuldades em todos os subtópicos deste fator, tendo sido impossível realizar a avaliação do ponto de evolução na trave. Na

Associação Portuguesa para as Perturbações de Desenvolvimento e Autismo
 Av. Aquilino Ribeiro, Departamento de Psiquiatria do CHTV – 2º Piso, 3513-114 – Abravetes, Viseu
 Telefone: 232452069/924224249 E-mail: geral@appdavisu.com ; appdavisu@gmail.com
 Website: <http://www.appdavisu.com/>
 Facebook: <https://pt-pt.facebook.com/APPDAViseu>

NIF: 506479811



imobilidade apenas foi capaz de permanecer imóvel cerca de 15s, correndo movimentos involuntários do tronco, movimentos abruptos dos braços, movimentos pseudocoreiformes proximais, sorrisos, mioclonias involuntárias, oscilações unidirecionais no plano sagital, i.e., anteflexões e retroflexões do corpo. Nas atividades que tinha de realizar com os olhos fechados, subtópico equilíbrio estático, não permaneceu de olhos fechados os 30s, com os mesmos sinais difusos em cima referidos. No apoio unipedal passou do pé direito para o esquerdo mencionando que este último era melhor e, não foi capaz de fazer um ângulo de 90° com a perna fletida, estando constantemente a colocar o pé no chão. Também em ponta dos pés, foi posando sempre os pés no chão. No equilíbrio dinâmico recusou realizar a atividade que requeria ficar de olhos fechados e saltar a pés juntos. Os sinais difusos que foram visíveis podem-se traduzir em disfunções vestibulares e cerebelosas.

Lateralização

Neste tópico o P.H. demonstrou uma consistência da preferência dos proprioceptores e nos telereceptores, não sendo observadas dificuldades com significado psiconeurológico.

Noção do Corpo

Este fator foi aquele em que não se verificou dificuldades, apresentando um perfil Hiperpráxico. É de realçar que realizou com facilidade a localização contralateral e reversível, assim como o reconhecimento da esquerda-direita e o sentido cinestésico. Apenas o subtópico Imitação de Gestos apresentou uma representação aproximada de três das quatro figuras demonstradas pelo examinador, havendo algumas distorções angulares, de forma e de proporção. Salientar que no subtópico Desenho do Corpo, o P.H. realizou o desenho dele próprio, desenhando com referência a ele próprio e à roupa que tinha vestida. Começou por desenhar os pés e pernas, começando na parte inferior, seguido do pescoço e cara, posteriormente o tronco e membros superiores, desta vez de cima para baixo, por fim desenhou o cabelo.



Estruturação Espaciotemporal

Também a Estruturação Espaciotemporal, como referido, foi uma das áreas menos fortes do P.H.. No subtópico da organização demonstrou hesitação no cálculo das passadas a dar quando retirados os três passos, tendo apenas efetuado corretamente dois dos três percursos. O percurso não efetuado corretamente foi a realização com menos três passos, devido a dar inicialmente, no primeiro percurso, passos grandes e quando retirados os passos, o número de passadas era insuficiente para conseguir percorrer o mesmo. No subtópico estruturação dinâmica mal o técnico colocava os fósforos referia logo que já tinha decorado e que os podia retirar. Porém, apenas acertou em três das seis sequencias, havendo dificuldades na sequenciação viso-espacial, com alterações da orientação. i.e., trocas dos fósforos da esquerda para a direita. Na representação topográfica não foram observadas dificuldades com significado neurológico. A estruturação rítmica foi uma das áreas mais fracas do P.H., não tendo acertado nas representações motoras das estruturas rítmicas, na sua totalidade. Neste ponto, apesar de não ter representado na sua totalidade nenhuma das estruturas, foi capaz de fazer a representação motora de partes das estruturas rítmicas. Foi perceptível alguma hesitação ao longo da atividade, alterações da ordem e inversões, perceptível alguma hesitação ao longo da atividade, alterações da ordem e inversões.

Praxia Global

No fator Praxia Global, os subtópicos de maior dificuldade foram a coordenação oculopodal e a dismetria, por consequência da apraxia apresentada na segunda mencionada. A grande dificuldade demonstrada deveu-se a movimentos exagerados, não goleando nenhuma vez.

Praxia Fina

No último fator, Praxia Fina, foram observadas algumas dificuldades, tendo sido um dos fatores em que revelou dispraxia. No que se refere ao tamborilar, foi observada a preferência manual direita. Porém, em ambas as mãos, foi possível observar hesitações,



APPDA – Viseu



alteração da sequência, vigilância visual excessiva, saltos de dedos na sequência, círculos incompletos e ausência de melodia cinestésica. Nos restantes itens de precisão e velocidade o P.H. demonstrou uma rigidez e vigilância excessiva, assim como uma necessidade exagerada para que os pontos fiquem todos preenchidos e em realizar cruzeiros sempre na mesma maneira. Foi, também, perceptível que a sua maior dificuldade se prende com a realização de atividades com tempo, uma vez que tem algumas obsessões na escrita, descritas em alguns relatórios e atestadas nestes subtópicos. Desta forma, é observável problemas proprioceptivos, observados através da hipertonía e rigidez, e problemas de automatização, verificados pelos movimentos excessivamente vigiados e hipercontrolados.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A avaliação através deste instrumento indica que deve ser feita uma reavaliação, após um período de intervenção, de forma a entender a evolução e adequar os objetivos e estratégias adequadas.

A criança deverá manter as intervenções realizadas, nomeadamente psicologia e iniciar psicomotricidade de forma a colmatar as dificuldades observadas e transmitidas pelos vários agentes intervenientes com a mesma. É de realçar a pertinência de uma avaliação ao nível da autonomia, em conjunto com a mãe, tal como de uma intervenção nesse sentido, de forma a acompanhar a idade da criança. É fundamental um trabalho contínuo e multidisciplinar com a criança, havendo uma generalização das estratégias e objetivos, nos vários contextos de vida.

Diretora Técnica

(Prazeres Domingues)

Associação Portuguesa para as Perturbações de Desenvolvimento e Autismo
Av. Aquilino Ribeiro, Departamento de Psiquiatria do CHTV – 2º Piso, 3513-114 – Abravetes, Viseu
Telefone: 232452069/924224249 E-mail: geral@appdavisu.com ; appdavisu@gmail.com
Website: <http://www.appdavisu.com/>
Facebook: <https://pt-pt.facebook.com/APPDAViseu>

NIF: 306479811

Anexo F: Exemplo de Relatório de Intervenção



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO INTERVENÇÕES

ÁREA DE INTERVENÇÃO: Psicomotricidade

RESPONSÁVEL: Bruna Marisa Silva

PERÍODO DE AVALIAÇÃO: 7 de fevereiro a 8 de junho

NOME: P.H.

Data de Nascimento: 22-02-2007

I – Enquadramento Geral

O P.H. frequentou sessões semanais de psicomotricidade individual, com a duração de 45'. Foi aplicada a Bateria Psicomotora e o Draw a Person, instrumentos de avaliação com o objetivo de definir o perfil psicomotor da criança, das suas áreas fortes e menos fortes, dentro dos fatores psicomotores, assim como uma avaliação cognitiva não verbal. Perante os resultados, estabeleceram-se objetivos de intervenção, e posterior planeamento das sessões.

Em junho, aplicou-se novamente os instrumentos de avaliação, de forma a entender a sua evolução psicomotora, consoante os diversos domínios avaliados

II – Resultados Obtidos

Após a intervenção e reavaliação a criança demonstrou melhorias em diversos domínios avaliados.

Foi verificável um aumento da expressão motora em quase todos os fatores psicomotores, com mais recetividade na concretização das tarefas, menor impulsividade na realização das mesmas e uma maior consciencialização corporal.

Na tonicidade diminuiu a evidencia de sincinesias laterais e bocais. No equilíbrio aumentou a segurança gravitacional, efetuando atividades que requeriam apenas a proprioceção, sem oposição (e.g. fechar os olhos), e com menos sinais cerebelosos difusos em imobilidade ou mesmo equilíbrio dinâmico (e.g. movimentos dos braços e oscilações unidirecionais menos perceptíveis). Na Estrutura espaciotemporal melhorou nas atividades sequenciais, na agilidade de calculo e dedução de espaço das passadas. Na praxia global apesar de revelar dificuldades melhorou a coordenação oculopedal e oculomanual em alvos definidos. Face à praxia fina manteve movimentos hipercontrolados, mas melódicos.

Foi ainda perceptível que a criança utiliza o desenho como forma de comunicação e expressão de sentimentos e emoções, fazendo uma representação em termos de presença, detalhe e proporção mais preciso e adequado. Face ao comportamento,

melhoras na iniciativa em cumprimentar o outro, diminuiu a frustração em momentos de tarefas cronometradas, não fazendo birras ou começando a refilar recusando fazer as atividades seguintes. Melhorou ainda o contacto ocular espontâneo durante a conversa, permanecendo vários minutos.

III – Conclusão

Após a intervenção observam-se melhorias em alguns âmbitos avaliados, porém com regressão em outros no momento de avaliação. Esta regressão não foi verificada ao longo do trabalho desenvolvido, tendo sido influenciado por fatores externos.

Ao longo das sessões pretendeu-se trabalhar atividades de caráter motor, lúdico e sensoriais, tendo em consideração a área social e comportamental.

As sessões foram semiestruturadas e sistemáticas, de modo a promover a rotina e a previsibilidade, contudo com momentos de descontração e exploração espontânea para promover a flexibilidade da criança.

IV – Proposta de Acção

É importante dar continuidade ao acompanhamento individualizado, aumentando a exigência de forma gradual, mantendo a regularidade e constância existente. Deve-se ainda, de forma gradual, inserir os pares de modo a trabalhar a interação social e adequação do comportamento perante o outro.

É crucial um trabalho multidisciplinar de modo a permitir a generalização de estratégias e competências, nos diversos contextos da criança.

A equipa Técnica:

Data: 10/06/2018

Anexo G: Ficha de cotação PEP-3 (página 1)

PEP-3

Psychoeducational Profile-Third Edition

Examiner Scoring and Summary Booklet



Section 1. Identifying Information

Name _____ Female ☐ Male ☐

Year Month Day

Date Tested _____ Parent's Name _____

Date of Birth _____ Examiner's Name _____

Age _____ Examiner's Title _____

Section 2. Record of Subtest Scores

	Raw Score	Developmental Age	%ile Rank	Developmental/ Adaptive Level
Performance Subtests				
1. Cognitive Verbal/Preverbal (CVP)	_____	_____	_____	_____
2. Expressive Language (EL)	_____	_____	_____	_____
3. Receptive Language (RL)	_____	_____	_____	_____
4. Fine Motor (FM)	_____	_____	_____	_____
5. Gross Motor (GM)	_____	_____	_____	_____
6. Visual-Motor Imitation (VMI)	_____	_____	_____	_____
7. Affective Expression (AE)	_____	_____	_____	_____
8. Social Reciprocity (SR)	_____	_____	_____	_____
9. Characteristic Motor Behaviors (CMB)	_____	_____	_____	_____
10. Characteristic Verbal Behaviors (CVB)	_____	_____	_____	_____
Caregiver Report Subtests				
1. Problem Behaviors (PB)	_____	_____	_____	_____
2. Personal Self-Care (PSC)	_____	_____	_____	_____
3. Adaptive Behavior (AB)	_____	_____	_____	_____

Section 3. Record of Composite Scores

Composites	Performance Measures Standard Scores (SSs)										Sum	%ile Rank	Developmental/ Adaptive Level	Developmental Age
	CVP	EL	RL	FM	GM	VMI	AE	SR	CMB	CVB				
Communication (C)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Motor (M)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Maladaptive Behaviors (MB)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

© 2005 by PRO-ED, Inc.
3 4 5 6 12 11 10 9 8

Additional copies of this form (#11989) may be purchased from
PRO-ED, 8700 Shoal Creek Blvd., Austin, TX 78757-6897
800/297-3202, Fax 800/297-7633, www.proedinc.com

Anexo H: Ficha de cotação DAP (página 1)

DAP

DESENHO DE UMA PESSOA

Um Sistema de Cotação Quantitativo

Jack A. Naglieri

Tradução e Adaptação de:

NEOPRAXIS - DEER - FMH - UTL

com colaboração de Nuno Cabral e M^a Helena Sousa

Folheto de Registo Informações do Examinado

Nome _____ Género _____

Escola _____ Ano de Escolaridade _____

Morada _____

Telefone _____

Examinador _____ Professora _____

Data do teste

ANO _____ MÊS _____ DIA _____

Data de
Nascimento

ANO _____ MÊS _____ DIA _____

Idade
Cronológica

ANO _____ MÊS _____ DIA _____

Resumo da Pontuação

Desenho	Valores Brutos	Valores Standard	Percentil	____ % Intervalo de Confiança	
Homem (H)	_____	_____	_____	(\mp ____) para	____ para
Mulher (M)	_____	_____	_____	(\mp ____) para	____ para
O Próprio(P)	_____	_____	_____	(\mp ____) para	____ para
Totais (H+M+P)	_____	_____	_____	(\mp ____) para	____ para
Total da Classificação do Teste:					

THE PSYCHOLOGISTS CORPORATION HARCOURT BRACE JOVANOVIĆ, Inc.

Anexo G: Ficha de cotação BPM (página 1)

BATERIA PSICOMOTORA (BPM)
destinada ao estudo do perfil psicomotor da criança
(Vitor da Fonseca 1975)

NOME _____

SEXO _____ DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ IDADE ____ ANOS ____ MESES

FASES DE APRENDIZAGEM _____

OBSERVADOR _____ DATA DA OBSERVAÇÃO ____/____/____

PERFIL

		4	3	2	1	CONCLUSÕES E INTERPRETAÇÕES
1.ª UNIDADE	TONICIDADE					
	EQUILIBRAÇÃO					
2.ª UNIDADE	LATERALIZAÇÃO					
	NOÇÃO DO CORPO					
	ESTRUTUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL					
3.ª UNIDADE	PRAXIA GLOBAL					
	PRAXIA FINA					

Escala de pontuação:

1. Realização imperfeita, incompleta e descoordenada (*fraco*) perfil apráxico
2. Realização com dificuldades de controlo (*satisfatório*) perfil dispráxico
3. Realização controlada e adequada (*bom*) perfil eupráxico
4. Realização perfeita, económica, harmoniosa e bem controlada (*excelente*) perfil hiperpráxico.

RECOMENDAÇÕES (*projecto terapêutico-pedagógico*):
